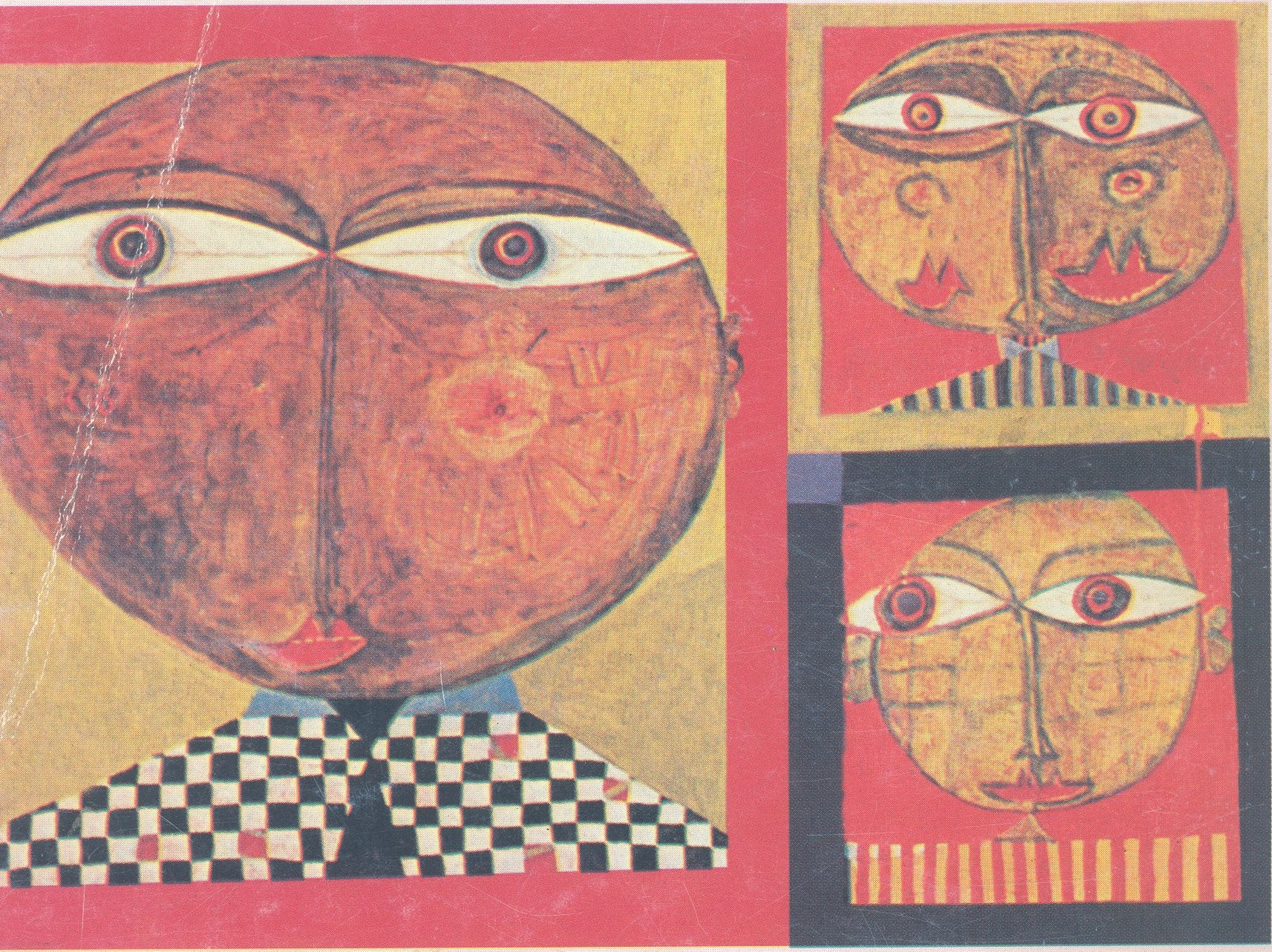
العلاج النفسي التدعيمي

بيتر . ن . نوفاليس - ستيفن . ج . روجسيفيتز
روجر بيل



52

ترجمة: لطفي فطيم - عادل دمرداش

المجلس الأعلى للثقافة
المشروع القومي للترجمة

العلاج النفسى التدعيمى

بيتر. ن. نوفاليس
ستيفن. ج. روجسيفيتز
روجر بيل

ترجمة

لطفى فطيم　　　　عادل دمرداش

المجلس الأعلى للثقافة

١٩٩٨

هـذه ترجمـة لكتـاب

CLINICAL MANUAL OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY .

تأليف

PETER. N. NOVALIS, STEPHEN. J. ROJCEWICZ, ROGER PEEL.

AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS, Inc.

بسم الله الرحمن الرحيم

« وما أوتيتم من العلم إلا قليلا »

« الإسراء ، الآية ٨٥ »

مقدمة المترجمين

هذا الكتاب هو الثالث فى مجموعة الكتب التى تتناول العلاج النفسى وأنواعه وأساليبه ، والتى استقر رأينا على أن هناك حاجة ماسة لتقديمها إلى المختصين فى هذا المجال من أصحاب علم النفس والطب النفسى والعاملين فى مجالات الخدمة الاجتماعية والتمريضية لمن يعانون من مختلف الاضطرابات النفسية .

وكان الكتاب الأول هو «فن العلاج النفسى» [١] والثانى هو «العلاج النفسى الجمعى» [٢] . ونحن نساهم بذلك مساهمة متواضعة فى ذلك التيار الطويل المشرف الذى قام به أساتذة علم النفس والطب النفسى فى تدعيم المكتبة العربية بأمهات الكتب المترجمة والمؤلفة فى مجال السيكوباثولوچى .

على أن معظم ما كتب لم يتعرض لمسألة العلاج النفسى - ونقصد به العلاج غير المستند على الأدوية - وأساليبه وطرق ممارسته . فلقد أدت الزيادة الفظيعة فى معاناة البشر للآلام النفسية إلى ظهور العشرات من أساليب العلاج النفسى التى لم تجد طريقها بعد إلى العالم العربى ، كما أدى اتضاح أهمية الصحة النفسية للإنتاج والعمل السياسى والإدارى إلى بيان قصور الأساليب المتبعة حاليا فى الوقاية من الأمراض النفسية وضرورة العمل على توفير الحد الأدنى من الصحة النفسية للمجتمع . لذلك ، كان لابد من التحام الطب

(١) أنتونى ستور ، «فن العلاج النفسى» ، ترجمة لطفى فطيم - دار النهضة المصرية - ١٩٩٠ .
(٢) لطفى فطيم ، «العلاج النفسى الجمعى» ، مكتبة الأنجلو مصرية - ١٩٩٥ .

النفسى بعلم النفس ، فظهرت فروع حـديثة مثل الطب السلوكى وغيره مما أدى إلى تغلغل علم النفس فى مختلف فروع الطب تقـريبا ، وأصبح علاج الإدمان مثلا يعتمد فى معظمه على أساليب نفسية .

وهكذا اتضحت لـنا ضرورة سد هذا النقص فى المكـتبة العـربية . ولأول مرة تتضـافر جهود اثنين : أحدهمـا طبيب نفسى والآخر عالـم نفس تؤهلهما خبرة العلاج والعمل بالمسـتشفيات لكى نتابع جهد من سـبقونا ونضيف إليه . ونحن نأمل أن نضم إلى جهودنا جهودا أخرى من جانب المتخصصين القادرين على الترجمة والتأليف فى هذا التخصص .

ومشكلة العـلاج النفسى كأسلوب من أسـاليب مداواة المرضى والمضطربين نفسـيا أنه لا ينال الاهتمـام الكافى فى كليات الطب أو فى أقـسام علم النفس بكليات الآداب ، وهى الجهات المنوط بها تخريج المتخصصين فى هذا الفرع .

ففـى حين ينصب اهتمـام الأطباء النفـسيين علـى استـخدام العـقافـير ، ولايتعمقون فى نظريات الشخصية ومدارس العلاج النفسى القائمة على العلاقة المهنية بين المريض والمعـالج ، يهتم أصحـاب علم النفس بالنظريات ولا يولون للتدريب الإكلينيكى العناية اللازمة بحيث يخرجـون لنا متخصصين فى العلاج النفسى .

وهذا الوضع فى طريقه إلى التـغيير ؛ إذ نشـأت علاقات مهنيـة وثيقة بين أساتذة الطـب النفسى وأساتذة علـم النفس ، مما أدى إلى ظهور الأخـصائيين النفسـيين فى المستشفـيات وكليات الطب وقـيامهم بالاشتـراك فى علاج بعض المرضى .

ويأتى هذا الكتـاب «العلاج النفـسى التـدعيـمى» حلقة جـديدة فى هذه السلسلة التى تضم كـتبـا مثل «تخطيط العـلاج النفسى» ، و «العـلاج المعرفى للإدمان» ، والدليل التشخيصى الرابع الأمريكى ، وعلم النفس الكلينيكى .

وأهم هدف لنا هو تزويد الممارس والدارس بأساليب تطبيقية عملية يستخدمها فى علاج وإدارة شئون المرضى وغيرهم ممن يعانون الهموم النفسية ؛ إذ إن الحاجة إلى أعداد كبيرة من مثل هؤلاء الممارسين من أطباء ونفسيين واجتماعيين بدأت تظهر خاصة مع التغيرات الكبرى التى تطرأ على المجتمع المصرى والعالم ككل . كما أننا نأمل أن تجد هذه التخصصات الجديدة طريقها إلى المقررات الدراسية فى كليات الطب ومعاهد الخدمة الاجتماعية وأقسام علم النفس والاجتماع بالجامعات المصرية .

لطفى فطيم

عادل دمرداش

القاهرة ٢١/٤/١٩٩٦

المقدمة

إن الهدف من تأليف كتاب عن العلاج التدعيمى هو سد نقص كبير فى مكتبة العلاج النفسى الثرية ، وتلبية حاجة جمهور الأطباء النفسيين المقيمين والأطباء غير المتخصصين فى الطب النفسى ، فضلا عن ذوى الخبرة من المعالجين والأطباء النفسيين إلى دليل وافٍ خاص بهذا العلاج . فالعلاج التدعيمى من أكثر العلاجات النفسية استخداما مع من يمرون بالأزمات ومن يعانون من الاضطرابات النفسية أو العضوية المزمنة ، وإن كنا نعتقد أن دواعى استخدامه تتجاوز هذا العدد المحدود بكثير . وقد راعينا أيضا فى هذا الكتاب احتياجات المعالج النفسى المبتدئ الذى يشرع فى تطبيق معلوماته النظرية عن التشخيص على المرضى .

وإذا كنا قد سعينا إلى إعداد دليل شامل وتام فى ذاته ، فإننا لم نتوان عن تزويد القارئ بأسماء مراجع وبحوث أخرى عند الحاجة .

ويتناول الجزء الخاص بالأسس فى القسم الأول خلفية العلاج التدعيمى وفنياته بشقيها التوضيحى والتوجيهى على نحو متدرج . وتشمل التطبيقات التى يناقشها القسم الثانى التعديلات التى تجرى على العلاج حتى يلائم جمهور المرضى النفسيين وغيرهم من المرضى بصفة عامة ؛ إذ قمنا فى ذلك القسم باقتراح مدخل متسق للعلاج دون إغفال ذكر وسائل التعرف على المرضى الذين تفيدهم الجهود التدعيمية بصفة خاصة . أما التفاعلات الواردة فى القسم الثالث ، فتتعرض لمشكلات مهمة قد تظهر أثناء العلاج ، مثل التفاعل القائم بين المعالج والمريض وأسرته وأفراد الفريق العلاجى الآخرين ، وجوانب العلاج الأخلاقية وما قد تسببه من مشكلات .

لقد مررنا على موضوعات كثيرة مرور الكرام ، ولا سيما تلك المتعلقة بالعلاج النفسى بصورة عامة أو تناولناها فى عجالة أو استبعدناها تماما حرصا منا على الالتزام بحجم الكتاب ولتركيز جهودنا على العلاج التدعيمى . كما لم نتعرض فى الفصل الخاص بالمشكلات الأسرية إلا للقضايا الجوهرية التى تهم

المعالج الفردى الذى يستهـدفه الكتاب . لذلك ، لاندعى بأننا تناولنا مجالات العلاج الأسرى المختلفة بصورة مفصلة . وتصلح معظم المشكلات التى ذكرناها للعلاج الجمعى إلا أننا لم نتعرض لـه إلا عند الضرورة ، كما لم نسترسل فى تناول المشكلات الحضارية أو العـرقية أو الاقتصادية والاجـتـماعية أو المشكلات المتعددة الأخرى التى تـواجه من يستخدم العلاج التدعـيمى فى القطاع العام . وبالرغم من هذا الإغفال المتـعمد لموضوعات عديدة ، يعتـبر هذا الكتاب حتى الآن أشمل مرجـع عن تطبيق العلاج التدعـيمى على فئات مـعينة من المرضى وعلى الفئات التشخيصية المختلفـة ، مع ما فيه من توضيح لكيفية تعديل أسس العلاج الرئيسية لتتناسب مع احتياجات كل فرد .

لقد مارس كل فرد منا الطب النفسى فى القطاعين العام والخاص . لذلك ، تشمل الحالات التـوضيحية الواردة فى الكتـاب أوصافا لمرضى من القطاعين . كما قام كل منا بإخـضاع مادة الكتاب النظرية والإكلينيكية للتـجربة الميدانية من خلال تدريسها فى دورات تدريبية مختلفة عبر السنوات الأخيرة . وكانت تلك الدورات خاصة بالأطباء النفـسين المقيمين والمعالجين النفسـيين الذين يستعدون للحصول على الماجستير أو الدكتوراه فى تخصصات مختلفة من ضمنها : علم النفس ، التمريض ، التربية ، الخدمة الاجـتماعية ، العلاج بالفن ، والإرشاد الدينى . كما قمنا أيضـا ، منذ مدة وجيزة ، بتقديم مادة الكتـاب أثناء انعقاد مؤتمر رابطة الطب النفسى الأمـريكية السنوى الذى انعقـد فى سنة ١٩٩٢ . ونود بهذه المناسبة التعبـير عن شكرنا الجزيل للتعليقات التى وصلتنا عن الكتـاب ، كما نشعر بالامتنان لمرضانا الذى تعلمنا منهم كـيف نعلمهم ، ولكل من ساهم فى إخراج فكرة الكتاب إلى حيـز الوجود . إن الجهد الفعلى الذى بـذلناه يفوق تصوراتنا السابقة بكثير .

بيتر نوفاليس

ستيفن روجسينيتز

روجر بيل

القسم الأول

الفصل الأول

أسس العلاج

العلاج التدعيمى فنية انتقائية تستخدم بكثرة فى المؤسسات العلاجية النفسية العامة والخاصة ، وإن لم تحظ بالرغم من انتشارها ، بالمكانة التى تستحقها فى برامج تدريب معظم الأطباء النفسيين . ومن التناقضات اللافتة للنظر ، تكليف الطبيب الناشئ بعلاج الحالات المرضية الشديدة التى تحتاج إلى التدعيم بشكل خاص ، دون إلمامه بصورة كافية بدور المعالج التدعيمى ؛ إذ يحتاج العلاج إلى مهارات معقدة وإلى بذل جهد مضن ممن يمارسه . وهى كلها أمور ترهق قدرته على الإمبائية (التعاطف الفاهم) والتفهم والتوجيه . وذلك لطبيعة العلاج التدعيمى التى تتطلب التعامل مع من يمرون بالأزمات أو يعانون من الانهيار الذهانى ومداواة أصحاب القدرات الاجتماعية المتدنية من المرضى .

تعريفه ونظرياته ومفاهيمه

يُطالب أى متدرب بتعريفات توضح معنى المصطلح المستخدم ، ولكن لا يوجد تعريف متفق عليه للعلاج التدعيمى يمكننا من تلبية تلك الحاجة . وذلك لأن أصول مصطلح العلاج التدعيمى فى الطب النفسى الأمريكى تعود إلى جهود المحللين النفسيين الذين عرفوه باستخدام مفاهيم نظريتهم ؛ فضلا عن اشتراك علاجات نفسية عديدة مع العلاج التدعيمى فى الهدف حتى لو اختلفت عنه فى التطبيق ، مثل تكرار الجلسات والإطار الذى تتم فيه الجلسة وطبيعة علاقة المعالج بالمريض . وبالرغم من المحاولات العديدة التى بذلت للتمييز بين العلاجات المختلفة باستخدام أهدافها العلاجية العامة إلا أن تلك المحاولات لم تنجح تماما لاشتراكها جميعا فى هدف تحسين أداء المريض وتخفيف حدة الصراع الذى يعانى منه .

وفيما يلى عدد من أهم تعريفات العلاج التدعيمى :

يعرفه نايت (١٩٥٤) بأنه علاج نفسى سطحى يعتمد على الإيعاز والطمأنة والإيحاء والإقناع والإرشاد والتوعية وفنيات أخرى عند علاج الحالات التى يتعذر استعمال الفنيات الاستكشافية المتعمقة فيها لضعف بنيتها النفسية أو جمودها أو لترسيخ وسائلها الدفاعاية .

ويعتبر ويرمان (١٩٨٤) العلاج التدعيمى وسيلة بديلة تزود المريض بالوظائف النفسية التى يفتقدها أو المتوفرة لديه بصورة محدودة .

أما فالرستاين (١٩٨٨) الذى يقتدى بجيل (١٩٥١) فيعرف العلاج التدعيمى بأنه فنية تقوى الدفاعات النفسية وتساعد على كبت أعراض واستكشاف أعراض أخرى باستخدام وسائل ليس من ضمنها التفسير أو اكتساب الاستبصار لتحقيق الهدف من العلاج .

ويصف بينسكر وروزينتال (١٩٩٢) العلاج الفردى التدعيمى بأنه علاج مزدوج يتصف بالاستعانة بالوسائل المباشرة لتلطيف الأعراض والمحافظة على ، أو زيادة أو استعادة ، اعتبار الذات والمهارات التوافقية والوظائف السيكولوجية . وقد يقوم المعالج بدراسة العلاقات الواقعية أو الطرحية وأنماط السلوك والاستجابة الانفعالية الراهنة والسابقة طالما كان ذلك ضروريا للتوصل إلى أهداف العلاج .

ويتردد فى المؤتمرات تعريف يقول بأن العلاج النفسى التعبيرى يثير القلق ، بينما يقوم العلاج التدعيمى بتخفيفه .

يتضح من كل ما سبق أننا نستطيع أن نصف العلاج التدعيمى بأنه **ذلك العلاج الذى يقوم أثناءه المعالج بدور إيجابى نشط وتوجيهى لمساعدة المريض ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكولوجية وزيادة مهارته فى المجابهة** . ومحور اهتمام العلاج تحسين السلوك والمشاعر الذاتية ، دون اكتساب الاستبصار أو فهم

الذات . ومع ذلك ، فإن تعريفات العلاج التدعيمى بصفة عامة لا تفرق بينه وبين وسائل العلاج النفسى الأخرى ببساطة ؛ إذ إن الأنواع الأخرى التى تتجاوز المائتين توفر بدورها للمريض المساندة وتحسن وسائل الدفاع وتخفف القلق ... إلخ . لذلك ، فكل ما نستطيع عمله صياغة تعريف يفرق بين العلاج التدعيمى ونوع واحد أو نوعين من أنواع العلاج النفسى الأخرى على الأكثر ، لعجز هذه التعريفات عن الفصل بين العلاج التدعيمى ومعظم الوسائل الأخرى ، فنجد مثلا أن عددا من تعريفات العلاج التدعيمى ينطبق على العلاج السلوكى .

وبالإضافة إلى ذلك كله ، لا يستخدم جُل ممارسى العلاج مصطلحات توحى بأنهم يستندون إلى مفاهيم محددة ، كما يدعون عند تضييق الخناق عليهم بأنهم يتبعون منهجا انتقائيا . ولكن ما الذى تعنيه انتقائيتهم ؟ وعلى أى أساس يستند ادعاؤهم بأنهم ينتقون أفضل ما فى المناهج الأخرى ؟ وما هو المحك الذى يستخدمونه لتحديد ذلك «الأفضل» ؟ إنهم يختارون فى رأينا الأساليب التى ثبتت فعاليتها من خبرتهم الشخصية أو تلك التى سمعوا من غيرهم بأنها تفيد المرضى . وتختلف أسس العلاج التدعيمى النظرية والمعرفية عن تلك الخاصة بالوسائل الأخرى . فمئات العلاجات النفسية تستند ، دون استثناء ، إلى مفهوم أو نظرية خاصة بالنفس . ويختلف العلاج التدعيمى عنها فى عدم اعتماده نظرية محددة شاملة واستعانته بإنتاج منظرين عديدين من وسائل ثبت من الخبرة نجاحها فى التوصل إلى طريقة لتغيير الناس . لذلك ، نقترح التعريف التالى للعلاج التدعيمى : **«إنه ذلك العلاج المبنى على فنيات تستند إلى الخبرة (إمبيريقية)»** ؛ أى فنيات ثبتت فعاليتها من ملاحظة نتائج تطبيقها أثناء الممارسة ، وذلك لتحقيق الأهداف التالية :

* تشجيع نمو علاقة تدعيمية بين المعالج والمريض .
* تخفيف معاناة المريض ودرجة اضطراب سلوكه .
* تحرير المريض من قيود اضطرابه النفسى إلى أقصى درجة ممكنة .

* منح المريض أكبر قدر ممكن من حرية اتخاذ القرارات الخاصة بالعلاج .

فالعلاج التدعيمى ، إذن ، يستند إلى الخبرة ويوجهه المريض نفسه بدلا من النظريات . وتحدد حالة المريض الراهنة نشاط المعالج واختياره فنية من الفنيات ثابتة الفعالية ، دون التقيد بنظرية معينة . ويجوز للمعالج تعديل الفنيات أثناء العملية العلاجية بناء على ملاحظته لفعاليتها فى تخفيف أعراض ، المريض ، كما أنه يستعين فى أحيان كثيرة بمفاهيم الطرح ووسائل الدفاع النفسى دون الاعتماد على النظريات أثناء تحريه أسباب الاضطراب . وجدير بالذكر ، ما يقوم به المعالجون الملتزمون بنظرية معينة من استخدام لأسس العلاج التدعيمى عند شعورهم بفشل نظرية واحدة فى تغيير سلوك معقد أو عدم صلاحيتها من حيث هى أساس للتدخل العلاجى . وقد نستخدم أيضا تعريف بيتمان وآخرون (١٩٨٩) الذين وصفوا العلاج التدعيمى بأنه انتقائى من الناحية الفنية ؛ بمعنى أنه لا يستند إلى نظرية سيكوباثولوجية معينة ، كما أنه ينهل من فيض مدارس العلاج النفسى الأخرى كالدينامية والسلوكية والمعرفية والعلاج الشخصى المتبادل interpersonal ، وتلك التى تستند إلى الخبرة "experiential .

وعلى من يعترض على تعريفنا أن يحاول الإجابة عن السؤال التالى : إذا كانت هناك فنية تسمى العلاج التدعيمى الدينامى ، فما هو إذن العلاج التدعيمى ؟

أهداف العلاج التدعيمى

يحتوى الجدول (١ - ١) على أهداف العلاج التى تستند إلى تعريفنا له . وتنقسم تلك الأهداف إلى شائعة ونادرة ، كما تتم صياغتها بواسطة تحديد الأولويات والجوانب التى تحتاج إلى عناية خاصة أثناء الجلسات . وتبدو الأهداف متناقضة مع بعضها أحيانا ، كأن يهدف أحدها إلى إضعاف وسائل دفاع ، بينما يقوم الآخر بتقوية وسائل أخرى . ولكن ما يحدث فى واقع الأمر هو اختيار وسائل دفاعية معينة والتركيز عليها أكثر من غيرها .

وينبغى على المعالج الذى يستخدم فنية يوجهها المريض ، وتركز أساسا على الأعراض وتستند إلى الخبرة ، أن يُقدِم على العلاج وفى ذهنه تصور مسبق عن أولويات الأهداف . فالمريض المصاب بانهيار ذهانى يحتاج إلى سؤاله عن الأدوية التى يستعملها ؛ لأننا لا نتوقع منه أن يتطوع بالإدلاء بتلك المعلومة . كما تحتاج المديرة الناجحة التى تعانى من الاكتئاب إلى مقابلة توجيهية تركز على احتمال تفكيرها فى الانتحار . ولا شك أن المريضة قد تستفيد من تغيير سمات شخصيتها على المدى الطويل إلا أن ذلك لا يعتبر أولوية فى مراحل العلاج المبكرة .

وكثيرا ما تستخدم أدوات النفى عند وصف العلاج التدعيمى ، كأن نقول أنه علاج يناسب من لا يستفيدون أو لا يستطيعون دفع نفقات العلاج الدينامى الذى يستغرق وقتا طويلا أو الذين لا يسمح وقتهم بالانتظام فيه . واستعمال النفى لا ينصف العلاج التدعيمى من حيث هو وسيلة مستقلة تستخدم فى علاج معظم المصابين بالاضطرابات النفسية (ديوالو ، ١٩٧١) . وينبع هذا التحيز ضد العلاج التدعيمى من استعلاء فكرى يعتبر الوسائل الدينامية مشوقة ومجزية بالنسبة إلى المعالج . ويعكس هذا الموقف أيضا جهلا بالعلاج التدعيمى وطرق تطبيقه . فالعلاج التدعيمى لا يعنى أداءً أقل مكانة ومستوى أو علاج المرض العقلى المزمن أو الذهان فقط ، وإن كانت طبيعة تلك الحالات تجعل منه علاجا مفضلا . وإنما تطبق وسائله على أصحاب الكفاءة النفسية العالية من المرضى الذين يمرون بالأزمات ولا يستطيعون الحصول على وسائل العلاج النفسى المتعمقة . إن نمو العلاج التدعيمى ومواكبته لنمو المدخل البيولوجى النفسى الاجتماعى لعلاج الثكالى ومن يحاولون الانتحار أو من تعرضوا للصدمات ، فضلا عن الحالات الحادة والمزمنة والموشكة على الوفاة ، لم يكن من قبيل الصدفة .

جدول (١ - ١) أهداف العلاج التدعيمى

أهداف شائعة .	أهداف نادرة .
تخفيف اختلال السلوك .	الاستبصار وفهم الذات .
تخفيف المعاناة النفسية .	استكشاف الخبرات الاجتماعية .
تدعيم وتشجيع أوجه القوة فى المريض ومهاراته فى المجابهة وقدرته على استخدام وسائل الدعيم البيئية .	استكشاف الخبرات الداخلية .
تكثيف استقلالية المريض فى العلاج .	حل الصراعات النفسية الداخلية .
تحقيق أكبر قدر ممكن من التحرر من ربقة المرض النفسى .	إعادة تشكيل الشخصية .

أمثلة :

حل الأزمات الحادة ، مثل : الفجيعة ، الصدمة ، الكوارث ، محاولة الانتحار والأزمات المصاحبة للمرض العضوى .

الالتزام بالنظام العلاجى .

تقليل نسبة حدوث السلوك غير المناسب .

تقليل العمليات الفكرية ومحتوياتها الاكتئابية .

تحسين مهارات المجابهة .

تحسين المهارات الاجتماعية .

حل الصراعات الخارجية .

منع الانتكاس والتدهور ودخول المستشفى .

دعم احترام الذات .

تحسين القدرة على اختبار الواقع (بالنسبة إلى المريض والآخرين والعالم المحيط به) .

تقوية الدفاعات الصحية .

إضعاف الدفاعات غير التوافقية .

بعض الأدلة على فعالية العلاج التدعيمى

قام باحثون فى دراسة بوسطون للعلاج النفسى (جندرسون وآخرون ، ١٩٨٤) بتطبيق علاج نفسى تدعيمى واقعى وتكيفى أو علاج دينامى على ٩٥ فصاميا . وتبين من متابعتهم لمدة سنتين وجود فروق ضئيلة فى النتائج بين العلاجين فى ثلاثة اتجاهات من الاتجاهات العشرة التى استخدمت فى تقييمهم ، حيث نجح العلاج التدعيمى بصورة بسيطة فى تحسين الأداء المهنى وتقليل عدد مرات دخول المستشفى ، بينما أدى العلاج الدينامى إلى تحسن متواضع فى كفاءة الأنا . وعند أخذ نفقات العلاج بعين الاعتبار ، تبين أن العلاج التدعيمى كان أقل تكلفة بصورة واضحة فى علاج هؤلاء المرضى . ويؤكد كراوز وسلافينسكى (١٩٨٢) فى استعراضهم لدراسات خاصة بالمال إيجابية النتائج بصفة عامة ، إلا أنهما يلفتان النظر إلى أن العلاجات الجمعية قد تزيد الأعراض سوءاً ، ولا سيما بين المرضى الذين لا يعالجون بالأدوية النفسية ، فضلا على أن التكيف الاجتماعى الذى يحققه المريض فى العيادات لا يؤدى إلى تكيف مماثل فى المجتمع .

لقد ثبت ، منذ سنوات ، أن فعالية العلاج التدعيمى تماثل فعالية العلاج السلوكى فى علاج الرهاب (كلاين وآخرون ، ١٩٨٣ وزيترين وآخرون ١٩٧٩) ؛ كما تأكدت فعاليته فى علاج الاكتئاب فى البرنامج المشترك الذى قام بتطبيقه المعهد القومى للصحة النفسية (إلكين وآخرون ، ١٩٨٩) والذى تمت أثناءه مقارنة فنيات علاجية طبقت لمدة ١٦ أسبوعا ، كانت اثنتان منها تتضمنان عناصر إكلينيكية وصفت بأنها شبيهة بعلاج تدعيمى محدود ، وكان من ضمنها المساندة والتشجيع واستعراض الحالة مع المريض . وكانت أفضلية النتائج على النحو التنازلى التالى : مجموعة الاكتئاب الشديد التى عولجت بالعلاج التدعيمى والإيميبرامين (دواء مضاد للاكتئاب) ، ثم العلاج الشخصى المتبادل ثم العلاج المعرفى ، وكان أضعفها العلاج التدعيمى المقترن باستعمال

عقار زائف (بلاسيبو) . وفى مجموعة أخرى تعانى من اكتئاب أخف ، لم تتضح أفضلية أية وسيلة من الوسائل الأخرى على العلاج التدعيمى المقترن بعقار زائف . وتبين تلك الدراسة فعالية العلاج التدعيمى المقترن بالعلاج الدوائى ، كما تشير إلى فعالية العلاج التدعيمى بمفرده فى الحالات الأقل اكتئابا . وبالرغم من عدم الاستعانة بمجموعة ضابطة تعالج بالعقاقير الزائفة فقط لأسباب أخلاقية ، يعتقد إلكين وزملاؤه أن العلاج التدعيمى المقترن بالعقار الزائف كان سيؤدى إلى نتائج أفضل من تلك التى كان العقار زائف بمفرده سيؤدى إليها .

ومن أكثر البحوث تشويقا الدراسة الميدانية الممتدة التى قامت بها مؤسسة مييننجر عن العلاج النفسى والتى استمرت من سنة ١٩٥٦ إلى سنة ١٩٧٢ ، وقام أثناءها الباحثون بمقارنة العلاج التعبيرى بالعلاج التدعيمى فى ٤٢ حالة . واتضح ، من النتائج المبدئية لتلك الدراسة المعقدة ، أن الفنية العلاجية لا تؤثر فى حد ذاتها بصورة جوهرية على المآل ، وأن نجاح العلاج التدعيمى يحتاج إلى مهارة كبر من قبيل المعالج عند مقارنته بالعلاجات التعبيرية (كيرنبيرج وآخرون ، ١٩٧٢) . وكانت قوة الأنا المتغير الرئيسى الذى لم يرتبط ارتباطا موجبا بالمآل . ويرى كيرنبيرج وزملاؤه ، استنادا إلى تلك النتائج ، أن أصحاب الأنا الضعيفة يستفيدون بصورة أكبر من العلاج التعبيرى ؛ الأمر الذى جعل كيرنبيرج يسند للعلاج التدعيمى دورا محدودا فى علاج اضطرابات الشخصية الشديدة . ونجد ، من ناحية أخرى ، أن فالرستاين قد توصل إلى الاستنتاجات المهمة التالية من تحليله اللاحق للنتائج :

* تقترب نتائج الفنيتين من بعضهما بدلا من العكس .
* تحتوى كل الدورات العلاجية على اختلافها على عدد من العناصر التدعيمية يفوق تصور مستعمليها ، كما أن تلك العناصر كانت السبب فى تغيرات يفوق عددها التوقعات .

* يصعب التـفريق بين هذه التغيـرات وبعضهـا ، بغض النظر عن الفنية المستخدمة ، تشمل كلها تغيـرات مشابهة فى بنية المريض النفسية وأدائه لوظيفته . (فالرستاين ، ١٩٨٩)

ويؤيد هذا الاستنتاج الأخير فـعالية العلاج التدعيمى فى تغييـر الشخصية على المدى البعيد ، وهو هدف كان يحتكره التحليل النفسى .

تاريخ العلاج التدعيمى

للعلاج التدعيمى تاريخ قديم ومتباين يعود إلى أيام الأغريق الذين ابتدعوا وسـائل لعلاج المرضى النفـسيين بـالأساليب الإنسـانية بالإضـافة إلى وسـائل متـخصصة لإرشـاد ودعم من يمرون بالأزمات (دوسى وسيـمون ١٩٧٥) . ونجد فى كتـابات أفلاطون وأرسطو وأبوقراط وغيرهم من الـكلاسيكيين وسائل مختلفة للتعامل مع الجوانب اللاعقلانية فى الإنسان (دودز ١٩٥١) . وينطبق عدد كبير من هذه الفنيـات ، مثل التفريغ الإنفعالى والتوعيـة ، بصورة مباشرة على العلاج التدعيمى . فاشتهر ، علـى سبيل المثال ، جورجياس السفسطائى الصقـلى الإغريقى فى القـرن الخامس قـبل الميلاد ومـعاصره أنـتيفـون الأثينى بقدراتهما على شفاء أمـراض معينة عن طريق الكلام (لابين انترالجو ١٩٧٠) . وفى مـحـاورة أفـلاطون المسـمـاة « جـورجـيـاس » [وهو شـقـيق الطبـيب هيـروديكوس الليـونتيـنى والذى لم يدع فى يوم من الأيام أنه طبـيب] نجد سقـراط يسأل جورجيـاس العجوز عمـا اشتهـر به من قدرة على إقناع المرضى بتناول الدواء عندما يفشل الأطباء فى ذلك - وهى قضية لا تزال مطروحة حتى اليوم بالـرغم من مرور ألفى وخـمسمـائة عام - فـيضع أفلاطون عـلى لسان جورجياس الكلام التالى « قمت بزيارة مريض بصحبة أخى وأطباء آخرين عدة مرات . . . وكـان المريض يرفض تناول الدواء أو الاستسلام لمبـضع الجراح أو الكىّ . . . . وعند فـشل الطبـيب فى إقناعـه قـمت أنا بتلك المهـمـة ، دون الاستعانة بأى شىء سوى الكلام . » (هاميلتون وكيزنر ١٩٦١) .

ونجد أيضا فى المأساة الإغريقية وفى آليـات الشفاء التى كانت تستخدم فى معـبد آسكلبيـوس عناصر من العلاج التـدعيمى (جـورليك ١٩٨٧) . ونجد أيضا أمثلة مشابهة فى ممارسات الفلاسـفة مثل شيشرون وأطباء القرون الوسطى الفلاسـفة مـثل ابن سينا (شـافعى ، ١٩٧٢) ، بل إن عنـاصر متنـوعة من العلاج التدعيمى ظلت لقرون عديدة من اختصاص الفلاسفة والشعراء والزعماء السياسيين (وليام و كفارتز ١٩٨٤) ،والمعالجين الدينيين (فينوكين ١٩٨٤) ، والمعالجين الشعبيين ، أكثر من كونها وسيلة يستعين بها الأطباء .

ويعود الفضل فى تنظيم العلاج التدعيـمى بصورة منهجية ودمجه فى إطار الطب إلى الطبيب الألمانى يوهان كريسـتيان رايل Reil [١٧٥٩ - ١٨١٣] - أول من استخدم مـصطلح « الطب النفسى أو السيكاترى » - والذى يصف فى كـتابه « الرابسـودية » ، الذى ألفـه فى سنة ١٨٠٣ ، وسيلـة نفسـية لعـلاج الاضطرابات العقلية بالتفصيل . ويؤكد رايل فى كتابه أهمية الأمان والاسترخاء والتنبيه والراحة التى يولدها كلام المعـالج وممارسة نشاط بدنى مناسب ، فضلا عن التدليك والموسـيقى والعلاج بالفن بل ونوع من أنواع السيكـودراما . ولقد لُقِب رايل بمؤسس الـعـلاج النفـسى العـقـلانى (كـولب ١٩٨٩) والعـلاج التدعيمى الحديث لما اتصفت به أفكاره من منهجية ، ولإدخاله الوسائل النفسية فى إطار تصور شامل عن الاضطرابات العقليـة والعلاج الطبى بحيث أصبحت تلك الوسائل جزءاً من خطة علاجية متكاملة .

ولمعظم أنواع العلاج النفسى ، ولا سيما التدعيمى ، طابع إنسانى بارز . ويبدأ عصـر العلاج الإنسـانى الحديث بقـيام فـيليب بينل (١٧٤٥ - ١٨٢٦) بفك أغلال المرضى العقليين فى بيستر ثم فى مستشفى السالبتريير فى باريس فى سنة ١٧٩٤ . ويعتبر هذا الحدث بداية لظهور النموذج الطبى للمرض العقلى (فان دن برج ١٩٨٧) . ولا تعود المكانة المرموقة التى يحتلها بينل فى الطب النفسى لمجرد قراره بتحرير المرضى بل للأسس العلاجية التى قام بتطويرها .

واستمر التيار الإصلاحى نفسه فى الولايات المتحدة بفضل جهود بنامين راش مؤسس الطب النفسى الأمريكى وأحد الموقعين على إعلان استقلال تلك البلاد ؛ إذ قام راش بتحديث الوسائل العلاجية البيولوجية ، كما كان يوصى باستخدام النصح المباشر والتوعية وشَغل المريض بطريقة صحية وتشجيع قيامه بالأنشطة الإنتاجية ، فضلا عن تشجيعه على الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية . (راش ١٨٠٩/ ١٩٧٢) .

وفى العصر الحديث ، قام فرويد الذى ابتدع الإيحاء المباشر والتنويم بالانصراف عنهما واستخدام التحليل النفسى ، ولكنه تنبأ بأن استعمال نظريته على نطاق واسع قد يفرض على المحلل النفسى المزج بين « ذهب » التحليل و « نحاس » الإيحاء المباشر (فرويد ١٩١٩ { ١٩١٨} ١٩٥٥) . وفى مرحلة لاحقة تم تعريف العلاج التدعيمى على يد مجموعات متعاقبة من الكلينيكيين من زاوية إظهار الفروق بينه وبين أساليب التحليل النفسى . فقام ألكساندر وفرنش (١٩٤٦) فى مواجهة الأسلوب التحليلى غير الموجه بوضع مفهوم « الخبرة الانفعالية التصحيحية » والتى تم « تفصيلها » بحيث توفر الجوانب الغائبة فى رعاية المريض وإعادة تعليمه مبادئ العلاقات بين الأشخاص . وكان من نتائج تلك الجهود تطوير ونمو أنواع العلاج السلوكى والعلاج النفسى المركز المختصر .

وقام جيل (١٩٥١) بتطوير جوانب التركيز والتحديد غير الموجهة لإكساب الاستبصار التى صاغها ألكساندر وفرنش ، عندما قال بأنه لا يجوز تطبيق التفسير المألوف للدفاعات على أصحاب الأنا الضعيفة المعرضون للنكوص وليست لديهم القدرة على التعامل مع القلق ، فمثل هؤلاء المرضى يحتاجون إلى دعم نوعى موجه لتلك الأنماط من سلوكهم التى تعبر عن آليات توافقية . كما قام دريير وآخرون (١٩٦٨) باستنباط مفاهيم تدعيمية مماثلة من « النكوص التكيفى » الذى أتى به هاينتز هارتمان (هارتمان ، ١٩٥٨) والذى عرّف الطب

النفسى التكيفى بأنه فنية تقوم بحشد طاقات الأنا بصورة تمكن المريض من الاستمرار فى القيام بوظائفه النفسية . ومن ضمن مفاهيم دريبر وزملائه الرئيسية ، دعم وسائل الدفاع بما فى ذلك المرضية الصريحة منها مثل ضلالات الاضطهاد . ويُبرز هذا التعريف للعلاج التدعيمى دوره فى تقوية قدرات المريض وترسيخها على المجابهة الفردية ومهارات التعامل الاجتماعى .

ويتتبع روكلاند (١٩٨٩) فى عرضه الممتاز أصول العلاج التدعيمى بادئا بتعريف إرنست جونز فى سنة ١٩١٢ للإيحاء بأنه يعتمد على الطرح الإيجابى الذى ينشأ بين المريض والمعالج ؛ ومفهوم « التفسيرات التقريبية » الذى صاغه إدوارد جلافر فى سنة ١٩٣١ ، ثم صياغة بول شليدر (١٩٣٨) لعناصر العلاج التدعيمى وهى :

* المناقشة .
* النصيحة .
* الإقناع .
* حث قوة الإرادة .
* التنويم .
* الإيحاء .
* الاسترخاء والتركيز .
* دخول المستشفى للعلاج .

وأضاف موريس ليفين (١٩٤٥) إلى القائمة السابقة البنود التالية :

* استعمال الأدوية .
* التطمين .
* العلاج المهنى .

* اتباع روتين يومى .

* الهوايات .

* الحزم السلطوى .

* التوعية .

* توفير منافذ مقبولة للعدوانية .

* توفير منافذ مقبولة للمخاوف ومشاعر النقص .

* تجاهل بعض الأعراض والاتجاهات .

* إشباع الحاجات العصابية .

* توفير الفرص للتوحد الصحى .

* الاعتراف والتنفيس .

* إبطال الحساسية .

وفى عام ١٩٥١ حدد جيل ثلاث قواعد رئيسية للعلاج التدعيمى :

١ - دعم وإطراء أنشطة الأنا التى ترتبط فيها وسائل الدفاع التوافقية بالإشباع .

٢ - تجنب إضعاف الوسائل الدفاعية اللازمة لاستمرار المريض فى الأداء .

٣ - اصطناع عصاب يتيح للدوافع الغريزية فرصة التفريغ الجزئى .

وأضاف إدوارد بيبرنج (١٩٥٤) أن العلاج النفسى يشمل الإيحاء والتفريغ والمعالجة والتوقع والتفسير ، وأن العلاج التدعيمى يختلف عن الدينامى فى عدم اقتصاره على التفسير فقط .ووصف فرانز ألكسندر (١٩٦١) فنيتين أصبحتا منذ ذلك التاريخ جزءاً من العلاج التدعيمى :

١ - الخبرة الانفعالية التصحيحية .

٢ - تغيير مواعـيد الجلسات ومدتها . وفى الستينيـات قدم سيدنى تاراكو إسهاما جديدا فى مفهوم العلاج التدعيمى .

* الفرق الجوهرى بين التحليل النفسى والعلاج التدعيمى أن الطرح يعامل نى الفنية الأولى وكأنه علاقة غير واقعية ، بيـنما يتعامل معه المعالج التدعيمى على أنه علاقة فعلية واقعية .

* إن تشجيع المريـض على استعمال الإزاحـة والإسقاط والاستـدماج فنية مقبولة إذا كانت تلك الآليات تؤدى إلى استقرار حالته .

وفى عام ١٩٦٩ اعتبر شليزنجر التدعيم جانبا أساسيا فى كل أنواع العلاج ، وأن أى علاج يستبعد الاستكشاف بصورة كاملة لا يعتبر علاجا نفسيا .

واعتـبر بول ديوالد (١٩٧١) أن فى العلاج التـدعيمى جوانب من عـلاقة الطفل بأبويه فى مرحلة مبكرة ، ويقترح قيام المعالجين باستغلال هذا الجانب فى تشجـيع عمليـات التفكيـر الثانوية . وأدخل فريد بـين عام ١٩٨٤ فكرة طرق الحـديد وهو بارد . وقـام ويرمان (١٩٨٤) ثم روكـلاند (١٩٨٩) بكتـابة أول مؤلفين متخـصصين فى العلاج التدعيمى ، وكلاهما يصف العـلاج التدعيمى الدينامى التوجه . ويتناول كتاب روكلاند ، بصفـة خاصة ، الأصول التاريخية التى لخصناهـا من قبل ، كمـا أنه يستخـدم تعريفا أوضح لـلعلاج التدعـيمى الدينامى التوجه . وقد قام مؤخرا (١٩٩٤) بـكتابة دراسة عن استخدام العلاج التدعيمى فى عـلاج الشخصية البينية . وهو أول مـؤلَّف يتناول نوعا واحدا من الأمراض . ويُعتبر ما يقوم به بينسكر وفريقه بكلية طب جبل سيناء فى نيويورك من أكثر الدراسات الخاصة بالعلاج التدعـيمى شمولا . إذ قام هؤلاء الباحثون بكتابة عـدد من الكتيـبات التى لم تنشـر حتى الآن كمـا قامـوا بإعداد دورات تدريبية ساهمت فى رفع مستوى العلاج التدعيمى .

الفصل الثانى

العلاقة التدعيمية

لعلاقة المعالج بالمريض ثلاثة جوانب مترابطة ، وإن اختلفت عن بعضها فى الوقت نفسه :

* العلاقة الفعلية .
* التحالف العلاجى .
* العلاقة الطرحية .

وتعتبر العلاقة الفعلية ركيزة التدعيم الأساسية ، كما أنها التربة التى تنبت فيها العلاقتان الثانية والثالثة .

مفهوم الدعم

تحتوى كل أنواع العلاج النفسى على عناصر تدعيمية تساهم فى نجاح العلاج (لوبورسكى ١٩٨٤) ، ولكن هذه العناصر تحتل مكانة الصدارة فى العلاج التدعيمى ؛ إذ إن العلاقة التدعيمية ليست مجرد قناة لتبادل المعلومات بين المعالج ومريضه ، بل إن للعلاقة نفسها آثارا علاجية مفيدة بطرق أخرى غير محددة .

ونحتاج إلى تعريف للدعم حتى نفهم طبيعة هذه العلاقة . فالعلاقة التدعيمية ليست صداقة حتى ولو احتوت على بعض عناصرها . ومن ضمن مداخل فهم العلاج النفسى ، النموذج الذى طرحه جيروم فرانك المكون من أربع خصائص تشترك فيها كل أنواع العلاج النفسى (فرانك ١٩٧٥) :

(١) علاقة محددة المعالم تتصف بالثقة والائتمان والانفعالية ترمى إلى رفع معنويات المريض .

(٢) إطار علاجى يوحى بالأمان والحماية .

(٣) مفهوم نظرى يشـرح مشاكل المريض ويصلح كأساس معـقول لعلاجه والتخفيف من معاناته .

(٤) إجراءات عـلاجية مـتفقة مع المفـهوم النظرى تخـفف القلق وتشجع ظهور أنماط جديدة من السلوك .

ويمثل العنصران الأول والثـانى أساس العلاقة التـدعيمية لما يـقومان به من إثارة للانفعـال اللازم لتغيير السلوك والـتعلم المعرفى بصورة مـباشرة . وينص فرض عدم نوعية نتائج العلاج النفـسى على دور مثل هذه العناصر غير النوعية بالذات فى دعم تغيير المريض بما تغرسه فى نفسه من توقع للتغيير .

ويتخذ الفرض السابق صورا مخـتلفة ؛ إذ يدعى بعض أنصار عدم النوعية بأن فعالية العلاج النفسى مسألة إيمان وإيحاء ؛ بينما يرى آخرون فوائد التواصل فى حد ذاته بغض النظر عن محتـوياته (كايزر ١٩٦٥) ؛ بمعنى أن التواصل هو العامل الذى يؤدى إلى الشفاء .

وحتى لو كان التواصل عنصـرا حاسما فى العلاقة التدعيـمية ، فلا يجوز تجـاهل دور الجوانب الأخـرى فى إنجاز التـغيـر العلاجى . وقـد نقول إذا مـا اعتمـدنا على نموذج فرانك **«أن العلاقـة التدعيمـية علاقـة غير نوعيـة تسمح باستنباط استراتيجيات محددة لإحداث التغيير»** (بارلوف ١٩٨٦) . ومنها على سبيل المثال :

* اختبار الواقع وتعلم سلوكيات جديدة للمجابهة .
* التعلم المعرفى والتعلم عن طريق الخبرة .
* دعم اعتبار الذات عن طريق تنميـة التمكن والكفاءة فى داخل الجلسات وفى الحياة العملية .

وتعتبر إضافة «إحداث تغيرات مهـمة فى الشخصية» إلى القائمة السابقة ؛ مسألة تختلف حولها وجـهات النظر ؛ لذلك نحيل القارئ إلى الفصل الخاص بعلاج اضطرابات الشخصية حتى يكوّن رأيه بنفسه .

نستطيع ، إذن ، تصور الدعم على أنه التربة التى تنمو فيها فنيات علاجية أكثر تخصصا . فإذا كانت العلاقة التـدعيمية علاجية فى حد ذاتها ، فإن ذلك لا يمنع تطبيق فنيـات أخرى أكثر نوعيـة . وفى الجدول التالى قائمـة بالعناصر المطلوبة وغير المطلوبة فى العلاقة التدعيمية .

الجدول (٢ - ١) العناصر المطلوبة وغير المطلوبة فى العلاقة التدعيمية

أن يسمح نظام الجلسة بما يلى :

* نشاط الطرفين بصورة متوسطة أو مرتفعة .
* تواصل متبادل بين الطرفين .
* بنية علاجية .
* الاستعانة بالأدوية .
* الاستعانة بوسائل علاجية أخرى .

أن يبدى المعالج :

* الاهتمام والإيجابية نحو المريض .
* الاستعداد لتنمية علاقة فعلية والمشاركة فيها .
* الطرح الإيجابى .
* الإمباثية (التعاطف الفاهم) والاهتمام عليه .
* تقبل حالة المريض الراهنة على علاتها (التسامح) .
* دعم جهود المريض التوافقية السليمة .

* تجنب إدانة أو تجريم المريض بسبب فشله .

* احترام آدمية المريض .

* الاهتمام الصادق بحياة المريض ونشاطه ورفاهيته .

* محاولة حب المريض والتعبير أحيانا عن ذلك الحب .

* إتاحة أكبر فرصة ممكنة للمريض لاتخاذ قرارات خاصة للعلاج وبحياته الخاصة .

وعلى المريض أن يبدى :

* الاستعداد للحديث عن أحداث حياته .

* تقبل الدور التدعيمى الذى يقوم به المعالج .

* الاستعداد للمشاركة في البرنامج العلاجي واحترامه .

وينطبق كثير من الصفات السابقة على كل أنواع العلاج النفسى . وينبغى على المعالج أن يجتهد فى تنمية العلاقة حتى تزدهر عناصر العلاج التدعيمى الفعلية ، كأن يقوم بالتعبير عن اهتمامه بالمريض صراحة بدلا من اعتبار فهم المريض لهذا الاهتمام أمرا مفروغا منه . وقد يسبب ذلك الحرج لبعض المعالجين الذين يجدون صعوبة فى مساعدة مريض لا يحبونه كحبهم لأصدقائهم مثلا ، بل إن منهم من يشعر بأن حب المريض مفروض عليه ، ويفوتهم أن الحب الذى ينشأ فى إطار علاقة علاجية لا يحتاج للتدقيق فى صفات الشخص الآخر مثلما يحدث عند اختيار الأصدقاء . فكل المطلوب من المعالج مجرد اعتبار المريض كيانا مستقلا والشعور بالرغبة فى دعم ازدهار شخصيته . لذلك ، لا نعتبر الحب فى هذه الحالة مرادفا للإعجاب ، بالرغم من ضرورة استمتاع المعالج بالتحدث مع المريض والاستماع إلى كلامه . فالشخص النرجسى ممل كصديق ، ولكنه قد يكون مشوقا كمريض عندما يقوم المعالج بدوره المهنى فيستكشف عالمه المتمركز حول ذاته ، دون توقع قيام صداقة بينهما .

جدول (٢ - ٢) عناصر العلاج التدعيمى التى تحتاج إلى حرص فى التعامل معها عند ظهورها

قيام صداقة بين المعالج والمريض .
الموافقة غير المشروطة على نظرة المريض لنفسه .
موافقة المريض على ضلالاته .
تقبل تبريرات المريض لسلوكه ولوسائله الدفاعية الأخرى .
الأنشطة الاجتماعية المشتركة بين الاثنين مثل : تناول الوجبات ، الألعاب ، النزهة وما شابه .
تكوين علاقة بين المعالج وأسرة المريض .
كشف المعالج عن بعض ذاته للمريض .
إشباع المريض بصورة مباشرة مثل : الإطراء ، تقديم الهدايا أو الطعام .
التعاطف .
المزاح .
الملامسة العفوية .
توجيه مصالح المريض توجيها خيّرا .
تشجيع اتكالية المريض [شريطة ألا تتجاوز الحدود اللازمة لنجاح العلاج وأن تكون فى إطار أخلاقيات المهنة] .

ويشمل الجانب الآخر من العلاقة التدعيمية ، رعاية جهود المريض التوافقية السليمة التى تشبه مفهوم «الخبرة الانفعالية الصحيحة» التى وصفها فرانز ألكساندر ، ومفاهيم وينيكوت الخاصة بـ «البيئة المسيطرة» و «الأمومة الكافية» .

فالمعالج الذى يرعى المريض رعاية كافية مثل الأم التى تمارس «الأمومة كافية» . ونظرا لأنه ينقذ المريض أحيانا فيبـدو سيئا فى نظره ، ولكنه يحرص فى الوقت نفسه على تشجيع نموه النفسى الصحى على المدى البعيد . فالمواجهة والنقد من عناصر العلاج العامة ، وإن كانت ممارستها تتم دائما فى حدود المساندة والدعم .

جدول (٢ - ٣) العناصر غير التدعيمية فى العلاقة العلاجية

كسل المعالج .
العلاقة العشوائية [أى التى لا تخضع لبناء محدد] .
التورط فى علاقة جنسية أو عاطفية مع مريضة .
الرثاء للمريض .
التعامل مع المريض بندية .
الترفيه عن المريض وأسرته ومحاولة تسليتهم .
التعالى على المريض .
التواطؤ مع المريض على تجنب النواحى التى تحتاج إلى استكشاف .
تلقى أو منح الإشباع الذى لا يخدم أهداف العلاج .

التحالف العلاجى

قمنا فى بداية هذا القسم بتعريف العلاقة التدعيـمية على أنها علاقة واقعية تنشأ بين مـريض ومعالج وتعتـمد على الاحتـرام المتبادل والتواصل والمشـاركة الوجدانية ، كما بيّنا أن تلك العلاقة ليست مجرد صداقة بل تحتاج إلى اشتراك المعالج والمريض فى الاتجاهات الخاصـة بأهداف العلاج وبالأدوار التى يقوم كل منهما بأدائها لتحقيق تلك الأهـداف ، كأن يقدم المعالج العون للمريض ويقوم

الثانى بتـقبله . ويطلق على هـذا الجانب من العلاقـة اسم التحـالف العلاجى therapeutic alliance (زيتزل ١٩٥٦) أو التحـالف العملى working alliance (جرينسون ١٩٦٧) .

وقد يكون المعالج متمرسا بدوره التـدعيمى ، ولكن قد يعجز المريض عن فهم هذا الدور ولا سيـما فى حـالة من يعانون من الذهان . ويرى بعـض المعالجين ضرورة أن تكون لدى المريض القـدرة على التجـريد والتجرد حـتى يتمكن من القيام بدور من يتلقى المساعدة . لذلك ، يرى هؤلاء المعالجون أن المرضى المزمنين الذى تنقصـهم المهارات الاجـتماعـية لا يسـتطيعون إقـامة تحـالف علاجى أو الاستـمرار فـيه . وعلينا أن نتـذكر أن كل المرضى والمـعالجين على حـد سواء يقومون بأدوار متنوعـة أثناء العلاج . فقد يقوم المعالج مثلا بتـذكير مريض يمر بأزمة ذهانية بالتحـالف العلاجى بأن يقول له «إننى لا أريد لك الضرر ... إننى طبيبك وأريد مساعدتك» . وبالرغم من تجاهل مريض الذهان للواقع فإنه يتقبل نصائح الطبيب ويستعمل الدواء الذى يصفه له .

ويعتبر التـحالف العلاجى من ضمن العوامل غير الـنوعية التى تساهم فى نجاح العلاج ، كما استخدم قيام هذا التحالف بالوسائل التجريبية للتنبؤ بنجاح العلاج (روكلاند ١٩٨٩ / عن لوبورسـكى ١٩٧٦) ؛ إذ اتضح من دراسة قام بها هورويتز وآخرون فى سنة ١٩٨٤ وجود علاقة ارتباط بين التحالف العلاجى الإيجابى والنتائج الإيجابية عند علاج حالات الفجيعة ذات الدافعية الضعيفة ، مما يشير إلى أن العلاقـة الإيجابية القوية تحول دون تعبـير المريض عن انفعالاته السلبية . ولا يعنى التحالف العلاجى الإيجابية بالضرورة بل يقتصر معناه على اشتراك الطـرفين فى تفهم أهداف العلاج . لذلك ، لا ننصح المعالج بـتحويل العلاقة التدعـيمية إلى صداقة قد توحى للمريض أن المعـالج لا يريد الاستماع للمشاكل أو الأنباء السيئة .

الطرح TRANSFERENCE

يولد الطرح فى المريض اتجاهات وأفكاراً وانفعالات كان يشعر بها فى الماضى نحو والديه أو نحو الشخصيات المهمة فى حياته . وتدفع هذه العملية اللاشعورية المريض إلى تكرار هذه العلاقات الانفعالية مع المعالج . ويوقظ العلاج التدعيمى بشكل خاص فى نفس المريض مشاعره الطفولية نحو أبويه بما لها من جوانب طيبة وسيئة . والطرح الموجب أو السالب بتكراره لانفعالات قديمة فى سياق معاصر يخلق علاقة تنطبق عليها صفات «هنا والآن» يقوم المعالج الدينامى بتفسيرها ؛ كما يظهر أثناء العلاج التدعيمى أيضا طرح قوى لا نستطيع تجاهله ويحتاج إلى حصافة ومهارة فائقتين للتعامل معه . وقد يكتفى المعالج التدعيمى بمجرد الاعتراف بوجوده ويمتنع عن التعامل معه ، أو قد يفسره فى أحيان أخرى ، ولكنه يتعامل معه فى الغالب دون اللجوء إلى التفسير .

وقد يشكل الطرح الموجب أو السالب الحاد خطرا على المعالج ؛ لأن المريض قد يتصرف على هداه ، فيقوم مثلا بالاعتداء الجنسى على المعالج أو ضربه أو إتلاف ممتلكاته [مثل سيارته أو مكتبه] أو ممتلكات المستشفى الذى يعمل فيه ، أو يتخيل أنه وقع فى حبه أو ينبذه بطريقة غاضبة أو يعتمد عليه بصورة مضطربة .

ويتكون الطرح من مزيج من الانفعالات كما أنه لاشعورى فى البداية حسب التعريف . وقد يشعر المريض ببعض الانفعالات السلبية فى الوقت الذى يعبر فيه عن طرح موجب (برينز ١٩٨٢) . وإذا كان الطرح السلبى حادا أو يؤدى إلى تصرفات تسىء للعلاج ، فينبغى على المعالج اتباع فنيات تعيد إلى العلاقة العلاجية توازنها كما سيرد فى القسم التالى .

وقد يكون الاعتراف بوجود الطرح بالغ الأهمية عند قيام المعالج بتحليل مشاكل المريض . وبالرغم من عدم ذكره فى الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المراجع DSM III-R فإن ذلك لا يعنى أنه ليس من العوامل الرئيسية فى فهم الاضطراب الذى يعانى منه .

السيطرة على الطرح

إن أفضل وسيلة للتعامل مع الطرح السماح بوجوده بصورة متوازنة وخاضعة للسيطرة ، وذلك باتباع التالى :

(١) تعديل مفاهيم المريض الخاطئة دون اللجوء إلى التفسير .

(٢) تنظيم درجة التباعد بين المعالج والمريض .

(٣) الكشف عن الذات بحكمة .

(٤) خلق توقعات متسقة فى نفس المريض .

جدول (٢ - ٤) عناصر السيطرة على الطرح

تعديل مفاهيم المريض الخاطئة ، دون الاستعانة بالتفسير .
تنظيم التباعد بين المعالج والمريض .
أن يكشف المعالج عن ذاته بحكمة .
خلق توقعات متسقة فى نفس المريض .

وينبغى على المعالج التعامل مع الطرح الحاد الموجب منه أو السالب فى كل الأحوال مع تجنب تفسير أصوله اللاشعورية . وإذا كان ترك الطرح الموجب الطفيف وشأنه لا يؤدى غالبا إلى الضرر فإن الطرح السالب يحتاج دائما إلى التدخل دون تفسير أيضا . ومن ضمن الوسائل المتبعة فى هذا المجال : التعرف على الانفعالات الطرحية والاعتراف بها والتعامل معها ، وإجراء التعديلات اللازمة لمساعدة المريض على استعادة شعوره بالواقع دون تفسير انفعالاته بأنها طرحية فى حد ذاتها .

ويحتاج الأمر إلى تعديل مدى تباعد المعـالج من المريض بإشباع احتياجاته ، مثل تغيير عدد مرات الجلسات فى الأسبـوع أو الشهر وتغيير مدة الجلسة ، كما ينبغى على المعالج عدم تشجيع المريض على توقـع إشباع يعجز عن تنفيذه ؛ إذ يواجه المعالج الذى يقـول للمريض أنه سيجده فى أى وقت يحتـاج إليه فيه ثم يسافر فى إجـازة طويلة مريضا مضطربا عند عـودته . والأسلم أن يقول له أن الـيـادة النفسيـة موجودة دائما إذا احـتاج إليهـا ؛ لأن ذلك يحول الطرح من شخصه إلى المؤسسة التى يعمل فيها (جروتجان وويلز ١٩٨٩) .

وفى العيـادات الخاصـة يجب تأكيـد وجود مـعالج كفء أثناء الغـياب . ويحس بعض المرضى بالخطر (خاصة الفصاميين) من قيام علاقة حميمة ، بينما يحاول البعض الآخـر (خاصة المصابين باضطراب الشـخصية البينى) اسـتغلال تلك العلاقة . ورغم كل ذلك فإن العلاقة التدعـيمية يجب أن تظل وثيقة قدر الإمكان . وفى ممارسة العـلاج فى العيادات العـامة فإننا نقـيم علاقات وثيـقة ودودة رغم أننا نعلم أنها مهددة دائما بالتوقف والانقطاع .

ويستحسن أحيـانا أن يبدو المعالج وكأنه شاشة بيضـاء - كما قال فرويد - يسقط عليـها المريض ما يريد تخيله من خـصائص وصفات . ومـا يحدث فى العادة ، هو قـيام المعالج بالتحـدث عن بعض جوانب حيـاته الشخصيـة حتى يصحح الخـيال الطرحى . وهى طريقة مـفيدة للتعـامل مع الطرح الحاد ؛ لأن المعالج يقـوم عن هذا الطريق بتفـريغ الطرح من مضـمونه المثـالى ، وإن كان لكشف المعالج لبعض خصوصيـاته أخطارا خاصة به ، بل إنه قد يفشل فى إحداث التأثير المطلوب مع الحـالات التى تعانى من اختلال فى التفكيـر . فقد لا تمنع معـرفة المريضة بأن المعالج مـتزوج من قيـامها بمغازلتـه وإحداث المشكلات له ولأسرته . لذلك على المعـالج أن يتوخى الحذر عند التحـدث عن جوانب من حياته ، وأن يستند إلى ما يعرفه عن قدرة المريض على اختبار الواقع من خلال دراسة سـيرته مع عدم الاعـتماد على تقـييمـه الحالى للحـالة لاحتمـال تحسن

المريض بصورة مؤقتة أثناء قيامه بالتقييم . ويستحسن ، بصفة عامة ، عدم الخوض فى العلاقات الشخصية والتركيز بدلا من ذلك على الاهتمامات المشتركة كالرياضة والمشى وأفلام السينما والكتب وحالة الطقس ، التى تساعد العلاقة العلاجية دون أن تضفى عليها طابعا شخصيا قويا .

الطرح الذهانى

ينشأ الطرح الذهانى عند شعور المريض بضلالات تخص المعالج . ويحدث الطرح الذهانى عندما يفقد المريض إحساسه بالواقع فيتخيل أن المعالج يشبه شخصية معروفة وحقيقية أو شخصية مهمة فى حياته . ويستطيع المعالج فى معظم الأحوال إجهاض مثل هذه التطورات . فقد يسأل مريض ذهانى لا يعانى من اضطراب وظائفه المعرفية معالجا جديدا عما إذا كانت سبقت له معالجته من قبل ، أو يقول له إنه يشبه أحد أقربائه أو أصدقائه . ويؤمّن المعالج فى مثل هذه الحالة على إدراك المريض الحسى دون أن يوافقه على استنتاجه ، فيقول «قد أشبه طبيبك السابق ولكننى لست ذلك الطبيب ، لأننى لم أكن أعمل هنا فى العام الماضى» . وينطوى مثل هذا السؤال على تشوق أو تخوف من المريض تجاه العلاج . وقد تعبر الضلالة عن طلب مغطى لإدراك الواقع أو سعيا للاطمئنان على عدم صحة مخاوفه الضلالية . وعلى المعالج الاستعانة بمهارته عند انتقاء الاستجابة المناسبة (سيرلز ١٩٦٣) . ورغم أن كل أنواع الطرح الذهانى خطيرة حتى لو كانت إيجابية من حيث إنها تتضمن فقدان القدرة على اختبار الواقع .

ويعجز بعض المرضى ولا سيما من يعانون من الفصام الشديد أو الخرف dementia عن إقامة علاقة من أى نوع مع المعالج . ومع ذلك ، فإن بعضهم قد يتمكن من تكوين علاقة مع المؤسسة التى ترعاهم .

الطرح المتجه للمؤسسة العلاجية

يشعر من يمر بهذا النوع من الطرح بانفعالات تجاه المؤسسة العلاجية ككل . وتعتبره طرحا لما يضفيه المريض على المؤسسة من صفات شخصية وأبوية ؛ وقد يكون موجبا أو سالبا مثل أنواع الطرح الأخرى .

ويمكّن الطرح الموجب المريض من الشعور باستمرارية العلاج فى المؤسسات التى يتغير فيها المعالجون بكثرة . ويستخدم المريض الإسقاط عند تعامله مع المؤسسة لصفاتها المجردة والعامة . وقد يكون طرح المؤسسة وعلاقة المريض غير الشخصية بمعالجه من المتانة بحيث يتقبل المريض قيام معالج جديد بمعالجته فى كل مرة يحضر فيها إلى العيادة (بلوخ ١٩٧٩ ؛ دانييلز وآخرون ١٩٦٧) . ويفيد الإحساس بسطوة المؤسسة وصفاتها غير الشخصية المرضى الذين يشعرون بالعظمة ويحبون التوحد مع مصادر السلطة أو يرفضون الاعتماد على معالج واحد (سافير ستاين ١٩٦٨) .

وكثيرا ما يسمع المعالج من المرضى أنهم يحبون المعالج ولكنهم يكرهون المؤسسة أو العكس ، وتمثل الآراء الخاصة بالعيادات والمعالجين استخدام المريض آليات انشقاق وإزاحة تمكنه من نقل المشاعر السلبية الشديدة التى يحس بها نحو المعالج إلى آخرين يعملون فى العيادة . ونظرا لأخطار الطرح السالب التى ذكرناها ، يستحسن التغاضى عن طرح المؤسسة السالب ، أما الطرح السالب الموجه نحو أشخاص معينين يعملون بالمستشفى فيحتاج إلى التقصى ولكن دون تفسير ، لما قد يمثله من خطر على هؤلاء .

التعامل مع الاعتمادية وإحساس المريض بأن له حقوقا معينة

ENTITLEMENT

تصادف الاعتمادية والشعور إحساس المريض بأن له حقوقا معينة فى العلاج النفسى على اختلاف أنواعه ، ولكنهما يمثلان مشكلة خاصة فى العلاج

التدعيمى الذى يركـز على العلاقة الواقعية بين المعـالج والمريض . والاعتمادية أقل استـفزازا من الإحساس بـأن له حقوقًا ، وقـد لا يمكن تجنبها بل إنهـا قد تستمـر فى الحالات التى تحتاج لعـلاج متصل . وليست كل أنواع الاعـتمادية مرفوضة ؛ لأنها قد تكون وسيلة ضرورية يتعلم من خلالها المريض معنى الثقة ، ونموذجا للعلاقات التى سيعتمد عليها فى المستقبل .

أما الشـعور بالحقوق فـالمقصود منه توقع المريض لاهتـمام وخدمات غـير مناسبة ولا يسـتحقها من المعالج أو من غـيره . ولكن على المعالج أن يعلم أن تحقيق كل رغـبة اعتمادية يبـديها المريض لا يعنى أنها ستتـحول بالضرورة إلى شعور بالحقوق . فالمرضى مثل الأطفال قد يدللهم المعالج ، ولكنهم يحتاجون دائما للرعاية فى الوقت المناسب حتى يتحقق نموهم أو إنهاء العلاج . لذلك ، يقوم المعـالج بالتحكم فى كميـة الاعتمـادية أو الشعور بالحقـوق اللذين يسمح بهما للمريض حسب تحسن حـالته أو تدهورها أثناء العلاج . ويستطيع المعالج أن يفطمه من شعوره بحقـوق مزعومة أو مطالبته بامتيازات لا يستـحقها عندما يصـبح مسـتعـدا لذلك ، على أن يبين له الأسـباب وعـلاقتـها بنمـو ونضج شخصيته .

الطرح المضاد COUNTERTRANSFERENCE

للطرح المضاد معانٍ محددة تعـود أصولها إلى نظرية التحليل النفسى . وكان يستـخدم فى البـداية للإشارة إلى ما يـسقطه المعالج على المـريض من اتجاهات وانفعـالات لاشعـورية ، ولكننا سنستخـدمـه بمعنـاه الأعم المستعمل حـاليا ، والذى يشمل كل ما يحس به المعالج نحو مريضـه شعوريا كان أم لا شعوريا . وتحتاج هــذه الانفعـالات إلى تأمـل ؛ لأن فحصها الدقيق لا يحول دون ظهور عقـبات لا يستـهان بهـا فى العلاج فحـسب ، بل ولإلقائه الضـوء أيضا على جوانب مـرضية من عـلاقة المريض بالآخـرين . ويساعد تنـاول الطرح المضاد

بصورة صحيحة المعالج على الاستبصار بخبرات المريض . فقد يساعد الاشمئزاز الذى يشعر به نحوه على تقويم الجوانب السادية والمضادة للمجتمع الموجودة فى شخصية المريض ، كما أن المريض المكتئب يولد الحزن فى نفس المعالج . وتوحى محاولة المريض التحكم فى مشاعر المعالج بأنه يعانى من اضطراب فى الشخصية ولا سيما الشخصية البينية . كما أن إحساس المعالج بغرابة المريض وعجزه عن التعاطف معه أو ما يسمى بالشعور الفصامى PRAECOX FEELING قد يشير إلى أنه مصاب بذلك المرض (ريمكه ١٩٦٠) . ويستطيع المعالج التحقق من صحة مثل تلك الانطباعات المبدئية من سؤال من سبقت لهم معالجة المريض ، وما إذا كان المريض قد ولد فى نفوسهم ردود فعل مشابهة .

حالة

شعر معالج بأنه لا يرحب بعلاج محاسب ذكى وطيب القلب يعانى من الاكتئاب ؛ واكتشف أن غيره من المعالجين يشاركه الإحساس نفسه . إذ كان الجميع يتبرم من استرسال المريض فى الكلام وأسلوبه المسيطر . وتبين فى النهاية أن المريض استفاد علاجيا من مثل هذه الملاحظات أكثر من استفادته من المعلومات التى أدت إلى تشخيصه بأنه مصاب بعسر المزاج ؛ إذ كان أسلوبه المسيطر والمشكلات التى يسببها السبب فى إصابته بالاكتئاب .

يتضح من هذه الحالة الفوائد التى تتحقق من مناقشة المعالج لمشاعره نحو المرضى عند اجتماعه بزملائه أعضاء الفريق المعالج . وينبغى أن تتخذ هذه المناقشات طابعا موضوعيا بعيدا عن الإدانة أو التوبيخ ؛ لأن لكل إنسان مشاعر مفيدة ، عليه ألا يخجل من التعبير عنها .

وتصدر كل انفعالات الطرح المضاد من علاقة المعالج بمريضه ، وسنقوم بتقسيمها إلى ثلاث فئات من باب التوضيح : مشاعر ناتجة من عوامل خاصة

بالمعالج ؛ مشاعر ناتجة عن عوامل خاصـة بالمريض ؛ وعوامل خاصة بطبيعة العلاج نفسه .

جدول (٢ - ٥) أسباب الطرح المضاد

أسباب خاصة بالمعالج
اختلاف خلفيته الحضارية عن تلك الخاصة بالمريض .
وجـود نقط مطموسـة BLIND SPOTS مـشتـركة بين الاثنين نتـيجـة لمعتقدات وآراء حضارية متشابهة .
النظرة الخيالية للمرض النفسى أو العقلى بصفة عامة .
عدم فهم طبيعة الحالة المرضية للحالة بصورة كافية .
تصور المعالج لدوره المهنى بطريقة مثالية مبالغ فيها .
وجود عناصـر طرحية فى ماضى المعـالج ، كأن يثير المريض فى نـفسه مشاعر كان يحس بها نحو أبويه مثلا .
سخط المعالج على المريض لأنه لا يدفع أتعابا أو لضآلتها .
الرثاء للمريض .
مشاكل فى حياة المعالج لم يتمكن من حلها كالعجز والموت .
المبالغـة فى التوحد والتعـاطف مع المريض بدلا من الإمباثية (التـعاطف الفاهم) .
أسباب خاصة بالمريض
السلوك الناتج عن الأعراض .

الانفعالات البدائية .

السلوك الإجرامى أو السمات المضادة للمجتمع .

عدم الاستبصار وفشل المريض المتكرر فى مجابهة مشاكله .

اختلاف مستوى ذكاء المريض وقدرته اللغوية عن تلك الخاصة بالمعالج .

انعدام الدافعية .

عدم الالتزام بالعلاج الدوائى .

عدم الالتزام بأنواع العلاج الأخرى وبنصائح المعالج .

إيذائه لأعضاء أسرته .

عدم الاهتمام بنظافته الشخصية ومظهره .

سوء التصرفات المالية .

خاصة بالعلاج

الشعور بالغضب أو العدائية نحو المعالج .

السلوك البارانويدى أو التهديد .

محاولة السيطرة على المعالج .

الانشقاق .

التفعيل داخل الجلسة أو خارجها .

أخذ جزء كبير من وقت المعالج (المريض المزعج) .

الضغوط النفسية التى تظهر أثناء الجلسة .

قيام علاقة واقعية أقوى من اللازم بين المعالج والمريض .

وقد يشمل الطرح المضاد ردود فعل مشروعة ، كخوف المعالج من مريض يهدده أو شعوره بالرضا عند حصول المريض على وظيفة جديدة . كما توجد ردود فعل أخرى قد يكون لها ما يبررها ولكنها تفسد العلاقة العلاجية ، مثل معالج شاب يشعر بأنه كالطفل إزاء المريض كبير السن ؛ لأن المريض قد حدد له هذا الدور ، فيتخذ موقفا خنوعا متقاعسا يمنع المريض من إدراك طبيعة العلاقة التدعيمية العلاجية . وعلى المعالج الذى يشعر بانفعالات تتجاوز حدود العلاقة العلاجية الرجوع للجدول (٢ - ٥) بعد الجلسة للبحث عن حل مناسب . ويستطيع المعالج حل معظم المشكلات الواردة فى الجدول تقريبا بالاستبصار بالحل ومحاولة تطبيقه فى الجلسة التالية . وقد يجد المعالج صعوبة فى إدراك أصول الطرح المضاد اللاشعورية وعلاقتها بنمو شخصيته ، ولكن انتباهه لشعوره نحو المرضى قد يوضح عددا كبيرا من الأنماط الناتجة عن الطرح مثلما يحدث عندما يلاحظ المعالج أنه يكرر سلوكه التنافسى الطفولى مع إخوته أو علاقته السادية بهم ، مع المريض .

ويشمل الطرح المضاد لدى المريض طبيعة أعراضه نفسها ، خاصة عملياته الفكرية غير المعقولة ، وانفعالاته البدائية التى تواجه المعالج (دالاس ، ١٩٧٣) . وعلى المعالج توقع المشاعر العدوانية كالغضب المدمر والسخرية والازدراء ؛ أو المشاعر الجنسية كمحاولات الإغراء والغزل والسلوك الجنسى الذاتى كالعادة السرية ، فضلا عن الأنماط الاعتمادية والفمية . وعندما يشكل انفعال المريض تهديدا للمعالج عليه أن يستوضح الأسباب . إذ كثيرا ما يتولد فى نفس المعالج الشعور بعدم الارتياح الذى يمثل مؤشرا بانتهاء علاقة اجتماعية عادية ، ولكنه لا يعنى الشئ نفسه فى العلاقة العلاجية .

والملل شعور أقل خطرا من المشاعر السابقة ، كما أنه يظهر أثناء كل أنواع العلاج النفسى . ويميل المعالج التدعيمى فى العادة إلى إرجاعه لطبيعة عمله المملة . ويندر أن يكون ذلك هو السبب الفعلى ؛ لأن الملل يظهر فى معظم الأحوال

نتيجة عدم بذل المريض الجهد المطلوب منه ، أو إخفائه مشاعره عن طريق الاسترسال فى سرد التفاصيل المملة ، كما حدث فى حالة المحاسب التى ذكرناها من قبل ، أو لشعور المعالج بأنه بذل أقصى جهد ممكن ، ولكن العلاج لا يمضى كما ينبغى . ونعتقد أن أهم أسباب الملل محاولة المعالج الانفصال والابتعاد عن معاناة المريض وعدم اكتراثه الذى لا يفيد العملية العلاجية .

الإنهاك BURNOUT

الإنهاك تلازم كلينيكى قد يصيب كل من يعمل برعاية المرضى . ويبدو وصف أعراض الإنهاك الجسمية وكأنه من فئات الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المُراجَع DSM - III - R . ونذكر منها على سبيل المثال : الإرهاق ، التعب ، العصبية ، اضطرابات الجهاز الهضمى ، الأرق ، عسر المزاج ، القلق ، التهكم والتشكيك ، ضعف الحماس (كاتون ١٩٨٤) . ويحرم الإنهاك فى رأينا المعالج من متعة المعالجة كما يجردها من أى معنى بالنسبة إليه .

ويتضمن الجدول (٢ - ٦) مشكلات الطرح المضاد وطرق تجنب الإنهاك فى كل حالة . وجدير بالذكر ، أن الإنهاك لا ينشأ من الطرح المضاد فى كل الأحوال ، ولكنه ينتج عن سببين رئيسيين :

(١) نظام العمل .

(٢) مضمون العمل .

جدول (٢ - ٦) طرق تجنب الإنهاك الناتج من الطرح المضاد

تفكير المعالج	الحل
«يجب أن أشفى كل مريض»	«الانفراد بالعلاج وشفاء المريض أمر ممتع ولكنه

	مستحيل .
	على المعالج تقبل دوره كعضو فى فريق يستخدم علاجا طويل الأمد .
«المرضى المزمنون لا يقدرون مجهودى»	تشبع المعالج بصورة لا تتوفر فى التحليل النفسى .
«العلاج التدعيمى ليس علاجا نفسيا بالمعنى المفهوم»	عناصر السلوك والمعرفة والوعى .
«لا أعرف ماذا أفعل»	بالنصح أو التوعية والإرشاد .
«أشعر بالاكتئاب لتعاملى طول اليوم مع هذه الحالات الميئوس من شفائها»	لمناقشة الحالات مع زملائه .
«المشرف على تدريبى لا يهتم بالحالات المزمنة»	العلاج .
«المرضى لا يرغبون فى التحسن»	يؤثر على إدراك المريض لمصلحته .
«أتأثر بشدة عندما أفقد مريضا»	المهنى .

أما الإنهاك الناتج عن نظام العمل فيحتاج إلى تعديل ذلك النظام . ومن ضمن العوامل المهيئة : كثرة عدد الحالات ، الإرهاق فى العمل بسبب الحماس الزائد ، وإهمال المعالج تنمية جوانب شخصيته . وقد يقوم البعض بادعاء الاستهلاك لتبرير فشلهم فى التعامل مع وسائل العلاج المتوفرة ، كما أنهم يختارون القيام بالعلاج التدعيمى لأسباب غير صحيحة . وقد يضعف الاختلاط بالمعالج الذى أصابه الإنهاك حماس المعالج المبتدئ . ومن سوء الحظ أن جوانب العمل التنظيمية والبيروقراطية قد تؤدى فى حد ذاتها إلى الإنهاك

بحيث تبدو تلك المشاكل وكأنها غير قابلة للحل من وجهة نظر الطبيب النفسى الممـارس . وأفضل وسـيلة لرفع المعنويات فى مـثل هذه الأحـوال خلق مناخ يساعد على ازدهار قدرات المعـالج المهنية ، كأن يقول لنفسه «مهمـتى مستحيلة ولكننى أتعلم مهارات ستفيدنى فى المستقبل» .

ويتم التعامل مع الإنهاك الناتج عن مضمون العمل بتناول مشكلات الطرح المضـاد . ومن ضمن ردود الفـعل التى تؤدى إلى الإنهـاك عند علاج مـرضى الفصام (بينكوف وستيرن ١٩٨٥) :

* ازدراء المرضى المزمنين .
* المبالغة فى تقدير فعالية العلاج الدوائى أو النفسى .
* تحميل المريض مسئولية مرضه وعدم تحسنه .
* محاولة إنجاز التعافى بسرعة .
* صعوبة الإمبائية والشعور باليأس .

ولا تنطبق ردود الفـعل السابقة علـى الفصام فـقط بل قد تشـمل حالات أخرى . ونسـتطيع التـعامل مـعها بإعـداد المعالجين والمـتدربين بصـورة أفضل بتعليمهم النظر لمآل الحالات المرضية بطريقة واقعية .

الفصل الثالث

بداية العلاج

لا يتسع المجـال فى كتاب من هذا النوع لـشرح أبجديات العـلاج النفسى للمعالجين الذين لم يسبق لهم التـعامل مع المرضى ؛ ولكننا حرصنا رغم ذلك على تناول كيفية بداية العلاج من منظور المعالجين والمرضى المبتدئين على السواء . وتختلف البـداية بطبيـعة الحال بالنسـبة إلى معـالج أو مريض له خـبرة طويلة بالعلاج النفسى .

اختيار المرضى

سبق وقلنا أن للـعلاج التدعـيمي دواعى استـخدام كثـيرة . ومع ذلك ، فعلى المعـالج أن يقرر ما إذا كـان هذا العلاج موصوفـا ، كما أن عليـه تحديد التوقـيت المناسب لتطبيقه مـثلما نفعل بالنسـبة إلى الأدوية المتعددة المفـعول . وذلك حتى لا يصبح استعمال العلاج التدعـيمي مضيعة للوقت ، ولا سيما عند توفر فنيات أخرى أجدى وأنفع بالنسبة إلى المريض . فالعلاج التدعيمى لا يفيد حالات الخرف المتقدمة ، كما أنه أقل فعالية من العلاج الدينامى إذا كان الهدف مساعدة المريض على فهم ذاته .

ولا يجوز اختيار العلاج التدعيمى بصورة روتينية أو بدون تدبر ؛ إذ كثيرا ما يقرر المعالجـون استخدامه أثناء الممارسة وبدون أخذ دواعى اسـتخدامه بعين الاعتـبار . وتستـند مثل هذه القرارات ، فى العـادة ، إلى أسس اقتـصادية ، بمعنى أن يكون العلاج التـدعيمى هو العلاج الوحيـد المتوفر فى ذلك الوقت . ونلاحظ هذا الاتجاه بشكل خاص فى المؤسـسات العلاجية حيث يحـتاج معظم المرضى للدواء فيقـتصر العلاج النفسى على النوع التدعـيمى دون سواه . وإذا كـان مثل هذا الاتجـاه يرضى غرور أنصـار العـلاج التدعـيمى إلا أننا نناشـد المعالجين أن يطرحوا عـلى أنفسهم الأسئلة نفسـها التى يسألونها لأنفـسهم قبل انتقاء أية فنية أخرى .

ويستعمل العلاج التدعيمى فـى علاج حالات كثيرة فى العيادات وفى داخل المستشفيات . وقد أثبتت الدراسات المضبوطة أنه يماثل الوسائل الأخرى من ناحية النتائج عند علاج الاكتئاب والفصـام وبعض أنواع الخُواف (الفوبيا) ، كما أثبتت دراسات الحالة الواحدة فعاليته فى علاج فئات تشخيصية أخرى مختلفة .

وفى الجدول (٣ - ١) دواعى استخدامه وفق الفئة التشخيصية أو التلازم الإكلينيكى . ويتضح من الفئة الأخـيرة الموجودة فى الجدول أنه لا يصلح لكل الفئات . فالعلاج التدعيمى لا يفيد من يعانون من اضطراب الذاكرة القريبة ولا يستطيـعون المحافظة على العـلاقة العلاجيـة المطلوبة . ويستفـيد هذا النوع من الحالات من الرعاية والإرشاد ، ولكنه لا يستفـيد من العلاج النفسى بصورة عامة . ولا يعتـبر الإدمان مـن موانع استـخدام العلاج التـدعيـمى ، وإن كان المدمن يحتاج إلى الإقلاع والتطهير أولا . ولقد شاهدنا حالات نجح العلاج التدعيمى فى علاجهـا أثناء التطهير وساعدها على التـخلص من المخدر أو الكحول دون الاستعانة بالأدوية النفسية . وإذا كان هذا الأسلوب قد نجح بالنسبة إلى البعض ، فإننا لا نوصى بإجراء التطهير دون الاستعانة بالأدوية . ويعتبر العلاج التدعيمى بديلا ضعـيفا لوسائل أفضـل منه تستخدم بعـد انتهاء التطهيـر إذا كان الإدمان المرض الوحيـد الذى يعانى منه الشخص . ومع ذلك يفـضل مدمنون كثـيرون العلاج الـتدعيـمى فى الوقت الذى يرفـضون فيـه الوسائل الأخـرى . وعلى المعالج فى هذه الحالة أن يسأل نفسه إن كان يستطيع مواجهة إنكار المدمن أم أن علاجه بهـذه الطريقة سيمكنه من اتخـاذ العلاج ذريعة للاستمـرار فى التعاطى (التمكين) . ولا يحول وجود سوابق فى صحيفة المريض الجنائية دون استخدام العلاج ، وإن كان وجود سمات مضادة للمجـتمع فى شخصيته يجعل العلاج الجمعى الوسيلة الأفـضل . ولا ينبغى الاكتفاء بالتشخـيص أو بجوانب محددة من الحالة عند تحـديد صلاحيـتها للعلاج التـدعيمى ، وذلك لوجـود محكات متنوعة للاختيار سيرد ذكرها فى الجدول (٣ - ١) .

جدول (٣ - ١) دواعى استخدام العلاج التدعيمى

فئات تشخيصية مستنبطة من دراسات مضبوطة موسعة . الاكتئاب . الفصام . الخُواف . فئات تشخيصية مستنبطة من دراسات محدودة ومن دراسة الحالة . العوامل النفسية التى تؤثر على الجسم (الأمراض النفسية الجسيمة) . العمى الوجدانى (عدم القدرة على التعبير لفظا عن الانفعالات) ALEXITHYMIA . نوبات الهلع . الخُواف الاجتماعى . الأمراض المستعصية التى تفضى إلى الوفاة . الإيدز . السرطان . أمراض الرئة الانسدادية المزمنة . الربو . التكيف مع زراعة الأعضاء . الأمراض العضوية الحادة . سرطان الدم (الليوكيميا) .

احتشاء شرايين القلب (جلطة القلب) .

إصابات النخاع الشوكى .

الفجيعة BREAVEMENT .

محاولات الانتحار ومضاعفاتها .

التوافق بعد التعرض للاغتصاب .

الهوس الخفيف .

مراحل الخرف المبكرة .

التخلف العقلى الطفيف .

الإدمان شريطة استخدام العلاج الجمعى بالإضافة إلى العلاج التدعيمى الفردى .

جميع أنواع اضطراب الشخصية بما فى ذلك البينية والمضادة للمجتمع .

حالات لا يفيد فيها العلاج أو يعتبر نجاحه مشكوكا فيه .

الهذيان .

مراحل الخرف المتقدمة .

معظم الاضطرابات العقلية العضوية الأصل .

أى اضطراب يخل بالذاكرة للأحداث القريبة .

وفى الجدول التالى أهم خصائص من يصلحون للعلاج التدعيمى الممتد . ونلاحظ أن معظمهم قد سبق له دخول المستشفى . وتحول الإصابة بالفئات التشخيصية التى وضعنا أمامها علامة (*) دون استخدام العلاج الدينامى ، وإن كان معالجون عديدون يستخدمونه كما يستخدمون التحليل النفسى فى حالات

نادرة تعانى من سمات النرجسية الشديدة ، وفى الشخصيات البينية ، ومع من يستخدمون التفعيل ، ومع من لا يتلقـون أى دعم من بيئتهم أو من تقوم البيئة بدعمـهم بصورة هزيلة . وأخيـرا ، لا يعتبر تقـدم السن من موانع استـخدام العلاج التدعيمى .

جدول (٣ - ٢) مواصفات من يصلحون للعلاج التدعيمى الممتد

عجز مزمن أو ضعف شديد فى القدرة على المجابهة (*) .
من سبق لهم استخدام التفعيل .
الضغوط المزمنة الصادرة من البيئة أو الأسرة أو اعتلال الصحة .
ضعف القدرة على الاستبطان (لا يهتم بمعـرفة عملياته الفكرية أو وظائفه النفسية) .
عدم القدرة على تحمل الانفعال ولا سيما الانفعال السلبى (*) .
ضعف الدعم الاجتماعى .
ضعف العلاقات الاجتماعية .
حاجات اعتمادية قوية .
ضعف القدرة على التحكم فى الاندفاع (الاندفاعية البدائية) (*) .
استخدام وسائل دفاع بدائية .
ضعف القدرة على اختبار الواقع (*) .
اضطراب الوظائف المعرفية شريطة سلامة الذاكرة للأحداث القريبة .
انعدام الدافعية (*) .

التخوف والتوجس من العلاج (*) .
الاتجاه لإرجاع الفشل للبيئة .
استخدام التفعيل .
العمى الوجدانى .

وفى الجدول التالى مواصـفات من يستفيدون من العلاج التدعـيمى قصير الأمد والذى يشترك مع دواعى استخدام العلاج الدينامى فى خواص كثيرة .

جدول (٣ - ٣) مواصفات الذين يستفيدون من العلاج التدعيمى قصير الأمد

تاريخ من القدرة الجيدة على المجابهة .
المرور بأزمة حادة تحتاج إلى تدخل عابر .
الإحساس بصراع نفسى داخلى .
القدرة على التحسن عند فهم الأعراض .
القدرة على احتواء الانفعالات وتحملها .
توفر مساندة بيئية أو اختلالها بصورة عابرة فقط .
العلاقات الاجتماعية الجيدة .
القدرة على التحكم فى النزوات .
سلامة اختبار الواقع .
سلامة الوظائف المعرفية .
الثقة فى المعالج .

الدافعية القوية .
استعمال وسائل دفاع ناضجة .
الميل لتأمل جوانب حياته النفسية والتفكير فيها .
إرجاع الفشل لأخطائه .
القدرة على تحديد الانفعالات والتحدث عنها .

وفى الجدول التالى قائمة موانع استخدام العلاج التدعيمى . ونقسم المرضى وفق تلك الموانع إلى ثلاث فئات :

١ - فئة تستفيد بصورة أفضل من فنية أخرى كالعلاج الجمعى أو الأسرى أو السلوكى .

٢ - فئة لن تستجيب للعلاج التدعيمى أو قد تزداد حالتها سوءاً .

٣ - فئة لا تملك القدرة على المشاركة فى أى علاج نفسى .

ويُكرر المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج استجاباتهم نفسها فى الحاضر ؛ لذلك يُفضل قيام معالجين متمرسين بعلاجهم لما لديهم من قدرة على التعامل مع أعراضهم . ونجد فى هؤلاء ، فى العادة ، حاجة ماسوكية قوية إلى تلقى العقاب من خلال العلاج ، كما يدخل بعضهم مع المعالج فى صراع نرجسى على السلطة يفسد نواياه الطيبة ويضعفها . ويواجه من يعالج الشخصية البينية علاقات طرحية مدمرة وسريعة الظهور . ويرى فرانسيس وكلاركين (١٩٨١) عدم معالجة هذه الشخصيات إلا عند تعرضها لأخطار تفوق أضرارها أضرار المجازفة باستعمال العلاج التدعيمى ، أو فى الحالات التى يتمكن المعالج فيها من قصر جهوده على مجال محدد بحيث لا ينتج عنها ظهور الطرح المدمر . وتشمل هذه المجموعة من المرضى أيضا من يشبع العلاج رغباتهم الاعتمادية والنكوصية القوية والذين يمثل امتناع المعالج عن علاجهم بالنسبة إليهم تحديا استفزازيا يدفعهم إلى التحسن .

جدول (٣ - ٤) موانع استخدام العلاج التدعيمى

توقع استجابة أفضل باستخدام فنية أخرى .
المرور بأزمات مع وجود دعم بيئى فعال .
عدم التعرض لأزمة وانطباق أدنى الشروط المطلوبة لاستعمال العلاج الدينامى أو التحليل النفسى مع توقع استفادة المريض من أيهما .
سعى المريض إلى العلاج لإثراء إمكاناته الشخصية أو بهدف التسلية .
المعاناة من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بصورة أساسية ، والذى يستفيد من العلاج الجمعى أو الأسرى .
عدم توقع المريض الاستفادة من العلاج النفسى .
عدم الشعور بالحاجة للعلاج مثل المريض الذى تفرض عليه أسرته العلاج .
وجود مشاعر عدائية خطرة نحو المعالج أو العلاج .
اختلال الوظائف المعرفية والذاكرة بصورة ملحوظة .
التخلف العقلى الشديد .
الاضطرابات المصطنعة FACTITIOUS DISORDERS .
من سبق لهم عدم الاستفادة أو الاستجابة للعلاج التدعيمى .
العجز عن المشاركة فى العلاقة العلاجية .
رفض العلاج أو إنكار المرض .

وضع الخطة العلاجية

يشمل تخطيط العلاج تخصيص الإمكانات وتطبيقها مرحليا للتعامل مع مشكلات المريض . ومعظم الخطط العلاجية مستنبط من السجل الطبى

المتوجه للمشكلات PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD الذى صممه لورنس ويد فى سنة ١٩٦٩ . ويقوم المعالج بإعداد قائمة بمشاكل المريض ثم يربطها بأهداف العلاج والتدخلات اللازمة لتحقيقه . وفيما يلى بعض التوصيات الموجزة التى ينبغى مراعاتها عند التخطيط للعلاج التدعيمى . ويستطيع المعالج الاستزادة من هذا الموضوع بالرجوع إلى مراجع مفيدة كثيرة ، نخص اثنين منهما بالذكر : أحدهما يصف المدخل السلوكى لتناول الأعراض وصياغة الأهداف (تيلور وآخرون ١٩٨٢) ؛ والثانى يربط بين العلاج وأداء المريض لوظائفه (كينيدى ١٩٩٢) .

تعديل التدخلات وفق خصائص المريض

من نافلة القول ضرورة توافق التدخل العلاجى مع الخصائص الفردية لكل مريض ، وإن كان ذلك لا يمنع من استخدام التدخلات المقننة عند التعامل مع أية مشكلة اجتماعية أو نفسية ؛ لأن المشكلات الفريدة من نوعها قليلة جدا . ومع ذلك ، يتطلب التخطيط الناجح إلى الموائمة بين التدخل المقنن وظروف كل مريض . وكثيرا ما يحتاج المعالج إلى إدخال تعديلات عديدة على الخطة أثناء مسار العلاج . كما أن الخطط المختزلة والاكتفاء بالإشارة إلى الفنيات بأسمائها لا يزود المعالج بتوجيهات كافية تمكنه من وضع خطة مفصلة حتى لو لم تكن مدونة فى ملف المريض .

التدرج فى تطبيق التدخلات

لا تطبق التدخلات العلاجية على معظم الحالات فى وقت واحد بل على مراحل ؛ إذ من بديهيات علاج المرضى المزمنين ، إدخال تعديل واحد فقط فى كل مرة ، كأن نستخدم الدواء أو التأهيل المهنى فى الفترة الواحدة (بى ١٩٨٩) .

التفاوض مع المريض

يختلف تقييم المعالج للمشاكل عن تقييم المريض لها ؛ لذلك عليه التفاهم والاتفاق معــه على بعض الأهداف . والأهم من ذلك ، أن يكون لدى المعالج الاستعداد للتفاوض على الأهداف فى إطار العــلاقة العلاجية التى لا ينبغى أن تتخذ طابعا استبداديا أو انفراديا (أيزنتال وآخرون ١٩٧٩) .

مراحل العلاج

بداية العلاج

للمقابلــة الأولى أهمية خاصة فى العــلاج التدعيمى لما قــد توفره من جو مناسب يمهد للقاءات التالية . وتتـضمن هذه المقابلة أجزاءً من الأساليب المزمع استخدامها ، والخطة الاستهلالية ، ونفقات العلاج والترتيبات الإجرائية ، على أن يتم تناول هذه الموضوعات أثناء الجلسة جزءا جزءا .

جدول (٣ - ٥) الخطة الاستهلالية

* اشرح الأساليب التى ستستخدمها .
* ابحث مع المريض المدة التى سـيستـغرقهـا العلاج ، ونفقـاته ، ومدى سهولة الاتصال بك ، والمرونة التى ستبديها .
* حدد تكرار الجلسات : يومية ، أسبوعية . . . . إلخ .
* حدد ما إذا كنت ستستخدم خطة ثابتة أم تجريبية .
* حدد ما إذا كانت مدة العلاج ثابتة أم قابلة للتغيير .
* ابحث مع المريض عقود العلاج وترتيبات الطوارئ .

* أنصِت للمريض بصفتيك الشخصية والمهنية .
* كوِّن انطباعا عنه .
* تفاعلْ مع أسلوب المريض فى التواصل وحاول أن تتوافق معه .
* ولّد الإمبائية وانقلها للمريض .
* استكشف المشاكل السطحية .
* حدد الأهداف مع مراعاة خصائص المريض .
* حل المشاكل فى بدايتها .
* اخلق فى نفس المريض توقعات ممكنة .

الوقت ، النفقات ، وكيفية الاتصال بالمعالج

هل ستجرب العلاج لفترة من الزمن قبل أن تقرر أن تستمر فيه ؟ هل ستلتقى بالمريض يوميا ، أسبوعيا ، شهريا ؟ هل ستقابله فى أوقات العمل الرسمى أم فى أوقات أخرى ؟ هل مدة الجلسة محددة أم قابلة للتغيير ؟ هل ستسمح للمريض بالاتصال بك هاتفيا ؟ ما هى نفقات العلاج ؟ .... أسئلة تدور فى ذهن أى معالج فى المقابلة الأولى . وقد يستعين المعالج بإرشادات عامة مفيدة للإجابة عنها وإن كانت لا تشفى الغليل فى كل الأحوال .

تكرار الجلسات

تحدد نفقات العلاج ونوع مشكلة المريض (حادة أم مزمنة) تكرار الجلسات . فلا يحتاج العلاج التدعيمى فى حالات الفصام إلى أكثر من جلسة كل شهرين لما قد تسببه الجلسات الأسبوعية من طرح شديد ؛ بينما يحتاج المصاب

بحالة حادة يعالج من أجلها فى داخل المستشفى إلى لقاءات وجيزة قد تتجاوز مرة واحدة فى اليوم .

الخطة الثابتة والخطة التجريبية

يستحسن أن يبدأ المعالج بخطة تجريبية بدلا من التزامه بخطة محددة . ويطلق بعض المعالجين على هذه الطريقة «التقييم الموسع» . كما يقترح المعالج على المريض مقابلة أو مقابلتين قبل الاتفاق على مقترحات محددة . وبعد انقضاء هذه الفترة التجريبية ، يتفق الاثنان على مقترحات محددة .

الجلسة الثابتة والجلسة المتغيرة

يتحكم الطبيب فى زمن الجلسة فى تخصصات طبية كثيرة ، كما يحدث فى عيادات الجراحة والأمراض الباطنية مثلا . فتنتهى الجلسة بمجرد انتهاء الطبيب من تقييمه ووصف العلاج . وينطبق الشئ نفسه على العيادات والمستشفيات النفسية حيث تخضع مدة الجلسة للتغيير . فالطبيب النفسى الذى يعمل فى عيادة متخصصة فى العلاج الدوائى يقابل مريضه لمدة قد لا تزيد على الخمس دقائق إذا كانت حالته مستقرة ولا يحتاج إلا إلى تكرار العلاج . كما قد يقابله لعدة ساعات للتحدث مع أسرته ، أو مع معالجين آخرين ، أو لإجراء استشارة طبية ، أو لعمل ترتيبات دخوله المستشفى .

حالة

ممرضة ، ٣٣ سنة ، تعمل فى قسم الجراحة ، تشكو منذ سنتين من الكسل والحزن والتشاؤم والأرق وتبلد الانفعال والأفكار الإيمائية وعدم الرغبة فى الاختلاط بأقاربها وأصدقائها . لم تتحسن على مزيج من

مضادات الذهان ونوعين من مضادات الاكتئاب أو على جلسات أسبوعية من العلاج النفسى بواسطة طبيب نفسى خاص متمرس . قام طبيب مقيم حديث الخبرة بمعاينتها بعد أن طُلب منه استخدام العلاج التدعيمى . وأمضى الطبيب معها ٩٥ دقيقة فى الجلسة الثالثة بدلا من الثلاثين دقيقة المعتادة التى كان يخصصها من سبقوه . ومنذ تلك اللحظة أخذ نشاط المريضة ونظرتها للحياة فى التحسن بصورة ملحوظة . . . . . إذ تحسن الأرق وتحسنت الأفكار الإيمائية ، كما أخذت فى الاختلاط بأقاربها وأصدقائها ، كما ازداد إقبالها على عملها . لقد كان مجرد قيام الطبيب بمنحها ٩٥ دقيقة من وقته كافيا لإشعارها بالتدعيم والاهتمام اللذين لم تشعر بهما خلال سنوات طويلة من العلاج .

قد يكون هذا النوع من الترتيبات غير عملى ، إذا كانت نفقات العلاج تعتمد على مدة الجلسة ، ولكن إذا كانت مدة الجلسة قابلة للتغيير فعلى المعالج إخطار المريض بذلك مسبقا . وعندما يخطط المعالج لجلسات متغيرة المدة يشعر المريض بشعور مماثل . فقد يطيل مدة الجلسة عند تأخر المريض فى الحضور ولكنه قد لا يفعل ذلك فى كل الأحوال . إن عدم معرفة المريض موعد انتهاء الجلسة يسبب له القلق والحرج ؛ لأنه لا يستطيع المبادرة بإنهائها . فإذا انتهت قبل الموعد الذى يتوقعه ، قد يشعر بأن المعالج غاضب أو بأنه ينبذه . ومن ناحية أخرى ، إذا شعر المريض بامتداد الجلسة فى كل مرة يعانى فيها من مشكلة ملحة ، قد يخترع هذا النوع من المشكلات حتى يطيل مدة الجلسة . لذلك ، يعتمد قرار تحديد مدة الجلسة على تقييم المعالج لقدرة المريض على تقبل وتحمل التغيير فى مدتها .

عقود العلاج والاستعداد للطوارئ

توجد فى بعض العيادات عقود مطبوعة يوقع عليها المريض وتبين له واجباته وواجبات المعالج نحوه . ويفضل بعض المعالجين الفرديين جعل تجنب

المريض لأنماط السلوك المرضية شرطا لتنفيذ العلاج أو الاستمرار فيه . ويحدث ذلك بصفة خاصة مع المدمنين الذين يصعب علاجهم بالوسائل الفردية . وبصفة عامة ، لا نحبذ استخدام تلك العقود فى العلاج التدعيمى ؛ لأن عدم استفادة المريض من العلاج قد تؤدى إلى إنهائه ، إلا أن ذلك لا يعنى أن استخدام عقد مكتوب كوسيلة لتهديده أو إثارة دافعيته يؤدى بالضرورة لأية نتيجة .

الإصغاء للمريض

هناك نوعان من الاستماع : **الاستماع الشخصى** الذى يقصد به إطلاع المعالج على حياة المريض كما يراها الأخير ، بالإضافة إلى انفعالاته وردود فعله ؛ **والاستماع المهنى** الذى يقصد منه تحويل ما يقوله المريض إلى مصطلحات تشخيصية وتصنيف وسائله الدفاعية إلى بدائية أو ناضجة أو نوعية ، وما إذا كان متحفظا وشديد العقلانية أو متهورا ولا يعبأ بالعواقب ، وطريقة تفسيره وتبريره لسلوكه ، ودوافع استعمال للإسقاط . وبالرغم من تحذير مراجع الطب النفسى المعالج من التسرع فى التفسير ، فإنها تعتبر الاستماع المهنى أساس التدخلات المزمع استخدامها مستقبلا لتحقيق الأهداف ، كما أنه يفرق بين العلاج التدعيمى و «الدردشة» مع الأصدقاء .

تكوين انطباع عن المريض

على المعالج تجنب الإصرار على تشخيص أو تفسير معين لحالة المريض ثم التوقف عن الاهتمام بالاستماع للمريض ؛ إذ كثيرا ما يتغير التشخيص وشرح الحالة FORMULATION فى الطب النفسى مع تزايد خبرة الطبيب بمريضه . ويقوم المعالج أيضا بالاطلاع على التشخيصات المدونة فى ملف المريض على ألا يتقبلها على علاتها ؛ لأن المعالج قد يكون قد تمكن فعلا من فهم المريض من جهة ،

كما أنه قد يكتشف أثناء تقييمه وجود اضطراب آخر بالإضافة إلى التشخيص السابق ، مثل اضطراب فى الشخصية ، وهو ما يحتاج إلى جهود علاجية كبيرة .

التفاعل والتوافق مع أسلوب المريض فى التواصل

على المعالج التوصل إلى أسلوب مقبول للتواصل مع مريضه أثناء التفاعلات التى تتم فى الجلسة الافتتاحية والجلسات اللاحقة . ويتطلب ذلك مواءمة بعض جوانب أسلوبه فى التعبير مع طريقة المريض المعتادة فى فهم وتصنيف ما حوله . فيقوم المعالج الذى يتعامل مع مريض شديد العقلانية باستخدام توضيحات تحمل الطابع نفسه فى البداية ؛ لأنها الطريقة الوحيدة التى يقتنع بها المريض (ديوالد ١٩٧١) . ويتم مثل هذا التوافق بصورة فطرية فى حالة المعالجين الناجحين بينما يحتاج غيرهم إلى تعلمه . وقد يشمل التوافق استعمال الاستعارة والتشبيه المبنيين على نوع الإدراك الحسى الذى يكثر المريض من استعماله (سمعى ، بصرى ، لمسى . . . إلخ) ، ويقوم المتمرس بكل هذه العمليات ببساطة ودون تفكير .

ويصغى المريض بدوره للمعالج ويلاحظ التغيرات الطفيفة فى نبرة صوته وتعبيره غير اللفظى ، مثل تعبيرات الوجه والحركات أو ما يسمى بلغة الجسم التى تكشف مدى صدق عبارات المعالج المنمقة من عدمه . ونود بهذه المناسبة لفت نظر المعالجين إلى براعة مرضى الذهان فى ملاحظة وفهم التعبيرات غير اللفظية لتجاهلهم ما يصحبها من كلام فى العادة .

توليد الإمبائية ونقلها للمريض

وقد نتساءل عن السبب فى اهتمام المعالج بالدور الذى يقوم به على «مسرح العلاج النفسى» بهذه الصورة . والسبب هو ضرورة توليد الإمبائية أو خبرة

المعالج الانفعالية والمعرفية بما يدور فى نفس المريض ، ثم إشعار المريض بخبرته . ويشير هيفنر إلى أهمية بعض العبارات البسيطة من هذه الناحية ، مثل «إنه شئ فظيع» ، «لقد كان حقا أمرا مؤلما» ، «كنت تبحث عن الحب» ، التى يستخلصها المعالج فى العادة من كلام المريض حتى يشعره بأنه يحس بحالته النفسية . إن مشاركة المعالج المريض قاعدته الانفعالية الأساسية يسهل له متابعة الانفعالات الأقل بروزا (هيفنر ١٩٧٨) . وتشمل العبارات الإمبائية الأكثر تعقيدا ، الاعتراف بشعور المريض بالعزلة «إن أحدا لا يفهمك» ، أو التأمين على ردود فعله لما يمر به من خبرات مثل «إن شعورك بالخوف فى هذه الحالة ليس أمرا مستغربا» . إن عبارات من هذا النوع تؤدى إلى تواصل يعترف بالصراع الدائر فى نفس المريض دون شجب أو إدانة فى الوقت نفسه (هيفنر ١٩٧٩) .

إن تعلم الإمبائية الصادقة أصعب من تصنعها . فالمعالج المتمكن والمرهف الحس يحتفظ بالقدرة على تعديل انفعالاته وفق ظروف كل حالة . وحتى يتعلم المبتدئ هذا الفن ، عليه تذكر الشخصيات التى صادفها فى حياته والتى شعر بصدق انفعالاتها والعكس ، ثم مقارنة إمبائية الفئتين . إن مصطلح «الإمبائية المقنعة» الذى صاغه هيفنر يذكرنا بوصف الروائى الأمريكى هوثورن (١٨٠٤ - ١٨٦٤) لطبيب يحاول استشفاف أسرار مريضه بحذر» على من يريد الاحتفاظ بسر تجنب رفع الكلفة مع طبيبه بالذات . . . . فإذا كان الطبيب حكيما بفطرته أو صاحب بصيرة ، وإذا لم يكن محتالا وفضوليا أو يفرض نفسه على الغير ، وكانت لديه موهبة «ضبط موجته» الانفعالية على تلك الخاصة بمريضه ، يفضى الأخير إليه بما فى نفسه دون أن يشعر . وإذا استمع الطبيب إلى تلك الاعترافات دون ضجة وأمّن عليها بصمت أبلغ من الكلام ، أو بكلمة أو كلمتين بين الحين والآخر ، أو بتنهيدة يعبر بها عن فهمه لما يقوله المريض ، فإن اجتماع كل تلك الصفات فى شخص نأتمنه على أسرارنا بحكم مركزه كطبيب لابد وأن يذيب تحفظ المريض فى لحظة معينة فتنساب الأسرار فى فيض شفاف رقراق من ظلمات النفس إلى ضوء النهار» (هوثورن ١٨٥٠ / ١٩٣٧) .

تطوير وتحديد الأهداف

تكشف عمليات التحرى المبدئية عن مشكلات خاصة بالعلاج ، مثل مدى التزام المريض باستعمال الدواء أو ضرورة تخفيف الضغوط الأسرية . كما قد يلاحظ المعالج انشغال المريض بأهداف معينة لا يعتقد أنها الأهداف الفعلية . وليست لمثل هذه الازدواجية أية علاقة بمستوى ذكاء المريض أو تعليمه ؛ لأننا قد نصادفها بين العلماء وعمال النظافة على حد سواء . فقد ينكر العالم خطورة جلطة القلب التى أصيب بها ، كما قد ينصاع عامل النظافة لضلالاته الاضطهادية والعكس بالعكس .

وقد تشمل أهداف المريض الحصول على عمل أو تكوين الصداقات ، فى الوقت الذى يُعنى فيه المعالج بإزالة العقبات النفسية الداخلية كالالتزام باستعمال الدواء أو تصحيح عيوب أساسية فى الشخصية أو أوجه قصور مهنية أو دراسية لا يعترف بها المريض أو لا يريد إصلاحها . وعلى المعالج تقبل بعض هذه الأهداف فى البداية ؛ لأنها سرعان ما تفقد أهميتها فى المراحل اللاحقة . فمريض الاكتئاب العاطل يتوقع من المعالج فى البداية أن يساعده على العثور على وظيفة . وقد لا يكون ذلك حل مشكلته الفعلية ولكنه هدفه الشخصى على أى حال ، ولابد من الاعتراف به إلى حين تمكن المعالج من إقناعه بهدف آخر .

تصحيح المشاكل المبدئية

ومن الأهداف البطيئة الظهور والمهمة فى الوقت نفسه مدى إسهام المريض فى العلاج . فعلاقته بالمعالج ليست إلا وسيلة لغاية فى أول الأمر ، ولكنها قد تتحول إلى هدف فى حد ذاتها مع تزايد شعور المريض بأن المعالج إنسان مؤتمن يتقبله على علاته ويلجأ إليه لحل مشاكله . وترتفع نسبة انقطاع المرضى عن

العلاج فى كل أنواع العلاج النفسى ومن ضمنها العلاج التدعيمى . لذلك ، يقوم المعالج بتقييم التحالف العلاجى من البداية لما له من قيمة تنبؤية بالنسبة إلى نجاح العلاج . ولا يتطلب الأمر تفسير ذلك التحالف ، وإن كانت البحوث تشير إلى ارتباط المآل الحسن بالانتباه الذى يوليه المعالج للمشاعر المضطربة التى يشعر بها المريض نحوه (نورمان ومارمار ١٩٨٥) .

خلق التوقعات العملية

من ضمن أسباب نجاح العلاج النفسى ما يخلقه فى نفس المريض من توقع بالنجاح . فيقول المريض مثلا فى الجلسة الثانية أنه نام لأول مرة بصورة طبيعية بعد أول جلسة . ولا يؤدى إخبار المريض بأن المعالج سيقوم بدور المساند الطيب الذى يخفف الأعباء ويرفع المعنويات إلى شئ يذكر ، كما لا يستحب أن يقوم المعالج بإبراز عدم توفر ضمانات مؤكدة لنجاح العلاج أو أنه يؤدى أحيانا إلى تدهور عدد قليل من الحالات . فتشجيع التوقعات الإيجابية والتهوين من شأن التوقعات السلبية لا يتم إلا بالمواجهة بما تتضمنه من تلميحات انفعالية وتصريحات مغطاة ، بالإضافة إلى دور نمو الثقة فى المعالج .

مرحلة العلاج الوسيطة

ليس لهذه المرحلة نسق متسق فى العلاج التدعيمى ، وإن كان لها طابعها الخاص إذا ما اقتصرنا على فئات تشخيصية أو أعراض معينة . فمن ضمن الأسئلة التى تتردد كثيرا فى تلك الفترة «هل يمضى العلاج على ما يرام ؟» . والرد على ذلك ، أن أهم مقاييس التحسن فى العلاج التدعيمى اعتراف المريض بأن معاناته أصبحت أقل من الماضى ، أو أن سلوكه أصبح أقل إزعاجا ، أو أن مرضه يعوقه بصورة أقل . وعلى المعالج عدم الاهتمام بالاستبصار

وتحسنه أو فهم المريض لطبيعة حالته طالما خفت معاناته وتحسن عجزه واضطرابه ؛ لأن تحسنه لا يتضح من كـلامه بل من أفعاله . فقـد يلاحظ المعالج أنه أصبح أقدر على التكيف بصورة واقعية مع أوجه قصوره أو مع فقدانه لشخص أو شئ يحبه بالرغم من استمراره فى ترديد الشكاوى نفـسها . ويقاوم المريض التحسن فى العادة إذا شعر بالعجز عن التحدث مع معالجه بحرية . فالمريضة التى تحاول خلق انطباع حـسن فى نفس المعالج تخفى سلبـيات شخصـيتها وتكتـفى بسرد إنجازاتها ، وعلى المعالج فى مثل هذه الأحوال توفير ثقة غير مشروطة فى نفس المريض . فالتكرار الذى يعتبر دعامة كل أنواع العلاج تقريبا ، قد يتخذ صورة مـساعـدتها على إعـادة ترتيب حـياتهـا بإحلال مـعززات جـديدة (الدخل ، الاستمتاع بالعمل ، تبادل الإثابة مع الغير ، الرضا عن النفس) مكان معززاتها الحـالية (تـعاطى الخـمـر أو المخدرات ، دعـم احتـرام النفس بالضـلالات أو الإسقاط) إلى أن تتمكن بالتدريج من مجـابهة المشكلات الصعبة بكفاءة . وإذا شعر المعالج أن العلاج لا يمضى على النحو المتوقع ، عليه تحرى أسباب ركوده (انظر الجدول) ، كمـا عليه ألا ينزعج من وجود سبب أو أكـثر فى الحالة التى يعالجها ، فكلنا قد مر بهذا النوع من المشكلات أثناء الممارسة .

جدول (٣ - ٦) أسباب ركود العلاج

أسباب خاصة بالعلاقة العلاجية .
اختلال الطرح واتخاذه طابعا :
جنسيا
أو
عدائيا

أو

أبويا

عدم تكون التحالف العلاجى (هامشية دور المريض فى العلاقة العلاجية) .

عدم ظهور الطرح .

أسباب تتعلق بالمريض :

كثرة تغيبه عن الجلسات إلا إذا كان ذلك بسبب عدم تمكن المعالج .

شعوره بعدم تحقق توقعاته المبدئية المبالغ فيها من المعالج أو من العلاج أو من المؤسسة العلاجية .

شعوره بالقلق الشديد من تفسيرات المعالج .

إضعاف دفاعاته مثل العجز عن إسقاط أسباب فشله على البيئة .

شعوره بأن المعالج يسيّره .

تدهور اضطراب حالته الصحية المصاحب لمرضه النفسى (التدهور أو الانتكاس) .

تغير ظروفه (العلاقات الشخصية ، الحالة الاقتصادية ، ظروف مهنية أو دراسية) .

ردود فعل سلبية نحو العلاج .

أسباب خاصة بالمعالج .

الطرح المضاد .

صعوبة شعوره بالإمبائية نحو مريض لا يجد صعوبة فى التفاهم معه .

أن يخطئ فى التفسير أو يستطرد فيه .

إنهاء العلاج وتحويل المريض إلى الرعاية اللاحقة

قد ينفـرد كل من المعالج أو المريض بإنهـاء العلاج أو ينهيـانه بالاتفاق مع بعضهما . وقد نصف العلاج عند إنهائه بأنه ناجح ، أو فى طريقه إلى النجاح ، أو راكد مع وجود علاقة علاجية مـوجبة أو سالبة . ويتم إنهاء العلاج الناجح فى العادة بالتراضى بين الطرفين ، كما يحدث عنـد علاج الفجيعة أو الأزمات الأخرى العابرة بالعلاج التدعيمى المختصر . وتطول مدة العلاج عند عدم تمكن المعالج من التعامل مـع ميول المريض الاعتمادية أو لرغبـة الأول فى الاستمرار فى رعاية الثـانى لمدة أطول . ويدل استمـرار اعتمادية المريض على عـدم نجاح العلاج . وإذا كان المريض سبب الإطالة ، يفـضل تقليل تكرار ومدة الجلسات بالتدريج بإعطاء المريض مـواعيد متـباعدة ، أو أن نتيح له فرصـة طلب تحويله للرعاية اللاحقة . وعلى أى حـال ، ينبغى ترك الباب مفتوحا بصـورة مستمرة أمام المريض فى العلاج التدعيمى ؛ لأن مـعظمهم يعانى من أمراض مزمنة وممتدة تتحسن وتنتكس . وعلى المعالج أن يتسـاءل عن شعور المريض نحو العودة إلى العلاج مرة أخـرى ؛ لأن المطلوب أن يدرك بوضوح ضرورة لجوئـه إلى العيادة أو المعالج فـور ظهور أعـراض الاضطراب النفسى المبكرة . لـذلك ، لا نقوم بإنهاء العلاج إلا بعد التأكد من فهم المريض لهذه المعلومة .

وقد ينتهى علاج ناجح لأسباب خارجة عن إرادة أو سيطرة المعالج ، كما يحدث فى حالة المتدربين على العلاج النفسى . ويشعر الطرفان بالأسف والألم إلا إذا شعر المريض بطرح بنّاء نحو المؤسسة العلاجية بحيث يتمكن من مواصلة العلاج مع معالج جديد دون معاناة . ولا تكثر حوادث الانتحار فى شهر يوليو بصفـة عامـة ، ولكن ذلك يحدث فى مـراكز التـدريب على العلاج النـفسى لانتهاء الدورات التدريـبية فى شهر يونيو وانصراف من أنهـوا تدريبهم وتركهم مرضاهم . ويشـير ذلـك إلى خطـورة إنهـاء العلاج قبل تهيـئة المريض بصورة كافية .

وقد يكون للإنهاء مـزايا من ناحية أخرى . فقـد يمهد مثلا لفترة انتـقالية يتولى فـيها مـعالج جديد الإشـراف على الحالات الراكدة . وكـثيرا مـا يقوم المريض بتقديس معالجه السابق أو الحط من شأنه ، والتقديس ليس سوى وسيلة دفاعيـة للتأقلم على أمر واقع فـرضه تغييـر المعالج وما ترتب عليه مـن شعور بالعجـز ، وما يصحـبه من تخوف من ألا يكـون المعالج الجديد بنفس مـهارة المعـالج السابق . وعـلى المعالج الذى يتـسلم حـالة من مـعالج آخـر مراعـاة الإرشادات التالية :

١ - التقديس والتهوين مسائل عابرة يستحسن تجاهلها .

٢ - عند ظهور الحاجة لاستكشاف أيهما ، على المعالج القيام بتلك المهمة فى إطار رأى المريض فى المعالج الجديد فقط حـتى لا يدخل معه فى مناقشات حول رأيه فى المعالج السابق .

وقد يضطر المعالج الجـديد فى مرات كثيرة إلى التعـامل مع شعور المريض بالدهشـة والحنق عند اكتـشافه ترك مـعالجـه السابق له . ويعـتبر عـدم إخطار المريض من قبل المعالج بأنه سيتركه غير مقبول من الناحية الأخلاقية ومن ناحية الطرح المضاد . فـضلا عن أن إهمال هذه المهمـة قد لا يخدم مصـالح المعالج الشخصية . فقد يلتقى بالمريض مـرة أخرى فى ظروف مختلفة ويضطر لمواجهة مشكلة إنهـاء العلاج . ومما يجدر ذكـره أن خبرة المرضى بالـتنقل بين المعالجين أكبر مما يتصور المعالجون ؛ لأن تغير الفرق العـلاجية فى العيادات والمستشفيات ، وانتقال المريض بين العيادات والأقسام الداخلية من الأمور المألوفة .

واختيار التوقيت المناسب لإخطار المريض بنهاية العلاج من الأمور المهمة . فالتبكيـر به يمنع نمو التحالف العلاجى . لذلك ، ننصح بإخـبار المريض بالحد الأدنى لمدة العلاج فى رأى المعـالج ، وسواء سأل المـريض أم لم يسأل فى هذا الموضوع علينا تذكيره من حين إلى حين بأن العلاج سينتهى فى موعده .

تغيير فنيات العلاج

إن تغيير فنيـات العلاج أسهل مما نتصور ؛ إذ يتحول المعـالجون الديناميون أحيـانا إلى العلاج التدعـيمى عند تعرض مرضـاهم لأزمات صحـية طارئة . وتتضح مرونة هذا النوع من التغييـر من الحالات التى تنعكس فيها الأدوار حين يمرض المعالج فيقوم المريض بمسـاندته . ويقول كارازو (١٩٨٦) إن التحول من العلاج التـدعيمى إلى الدينامى فى الحـالات النفسية الجـسيمة يتم خـلال مدة تتراوح بين ٦ و١٢ شهرا ، وبمجرد ظهور اعتمادية أو طرح قوى من المريض .

الفصل الرابع
قواعد الطريقة التدعيمية
أساليب الشرح والتوضيح

يتناول هذا الفصل قواعد الطريقة التدعيمية فى العلاج النفسى والتى يستخدم الكثير منها فى أنواع العلاج النفسى الأخرى أيضا . وتنقسم الأساليب الشائعة إلى نوعين : التوضيحى والتوجيهى (جدول ٤ - ١) . وسنعرض فى هذا الفصل للنوع التوضيحى ، ونتناول التوجيهى فى الفصل التالى . ولن نتعرض للأساليب التى تستخدم أساسا فى العلاج الدينامى ولا تشيع فى العلاج التدعيمى إلا بشكل موجز جدا .

مدى الأساليب التوضيحية

مما يساعد على فهم تلك الأساليب هو النظر إليها باعتبارها تعمل على مستويات مختلفة من العمق . ونحن نميز ثلاثة مستويات من الأساليب . وقد تناولنا الأول منها وهو التعامل مع الطرح فى الفصل (٢) . واعتبرنا التعامل مع الطرح أسلوبا أو فنية تواصلية ؛ لأنها تتضمن نقل الاتجاهات والمعلومات إلى المريض حتى نستطيع إقامة علاقة إيجابية معه . وعلى سبيل المثال ، فإن إحدى وسائل التعامل مع الطرح قيام المعالج ، بحكمة ، بالكشف عن نفسه لمنع تكوين تخيلات [فانتازيا] لدى المريض . أما غير ذلك من أساليب التواصل كمهارات المحادثة ، والإنصات ، وخلق وتوصيل الإمباثية (التعاطف الفاهم) ، فقد عرضناها فى الفصل (٣) . وسوف نتعرض فيما يلى لبقية الأساليب التواصلية .

جدول (٤-١) الأساليب الرئيسية للعلاج التدعمى : الأساليب التوضيحية

المستوى الأول : التواصل	المستوى الثانى : المواجهة	المستوى الثالث : التبيين والتوضيح والتفسير
التعامل مع الطرح	توجيه الانتباه إلى التناقض فى السلوك	التوضيح للمعلومات المتاحة للمريض والتى لا يعى بها
الحديث إلى المريض	توجيه الانتباه إلى تناقض الأهداف والدوافع	التبيين للآليات المسئولة عن سلوك المريض
		إسقطاطات وتقمصات حميدة
الإنصات إلى المريض		التفسيرات
خلق وتوصيل الإمبائية		الدفاعات
معاونة المريض على اختبار الواقع		المحدودة والسطحية
التطمين (الجوانب المعرفية)		غير دقيقة ، ناقصة ، وصاعدة
الملاحظة		التجنب ، التأجيل ، التلطيف ، والتحكم
التعبير عن الاعتناء والاهتمام		التحويل ، الشمول ، التعميم ، التطبيع ، والاستعارة
الترديد		للطرح
المتابعة		للأحلام
التعليق		الربط بين الماضى وأنشطة الحاضر (تكوينى وأشباه تفسيرات)
إعادة العرض (الصياغة)		فنيات تفسيرية متنوعة
استثارة القصص عن الحياة الراهنة (هنا والآن)		قصة الحياة بالطريقة الدينامية
تشجيع التنفيس والتعبير عن الوجدان (التوازن مع التحكم فى الوجدان وهو أسلوب توجيهى)		إظهار انقسامات الشخصية

يستخدم المعـالج المستوى الثانى من الفنية ؛ أى المواجهـة ،عندما يبدأ فى التعـامل مع تناقضـات سلوك المريض وفى إشعاره بالتـباين القـائم بين أهدافه المعلنة وأفعـاله . وفى المستوى الثالث ، يقـوم بتوضيح وشرح وتفـسير سلوك المريض . وسنتناول هذين الجزئين الأكثر عمقا فى الجزء التالى .

إن استخـدام أسلوب علاجى ما لا يجب أن يسيـر وفق قاعدة الكل أو لا شئ ، مثلما هو الحـال فى انتقاء الأهداف العلاجية . وإنما يجب أن يـستخدم بدلا من ذلك طريقة التركيز النسبى . فلا نستخدم مع فرد واحد كافة الأساليب بل قد نستخدم أسـاليب تبدو متناقضة [مثل التعبـير عن الوجدانات والسيطرة عليها] فى أوقات مـختلفـة وفقـا للسيـاق . وعلى أى حال ، فـإن العلاج التدعيمى الطويل الأمد غالبا ما يستخدم فى وقت أو آخر غالبية الأساليب التى ستعرض لها هنا وفى الفصل التالى .

ولكى نستخدم الأسلوب التوضيحى أو التوجيهى بنجاح ، يجب أن يكون المعـالج واعيـا طول الوقت بأهداف العـلاج الخـاصة بالمـريض المعين . فهـذه الأهداف ستختلف وتطور مع كل خطة علاجية . إلا أن المعالج عليه أن يتذكر التعـريف العام للعلاج التـدعيمى الذى قـدمناه فى الفصل الأول ، والأهداف الأكثر تخصصا ونوعية لهذه الطريقة العلاجية (جدول ١) . ولبيان كيف تتوافق تلك الأساليب مع الأهداف سنعرض الآن عـدة مفهومات أساسيـة بالنسبة إلى العلاج التدعيمى .

جدول (٤-٢) أساليب العلاج التدعيمى المخصصة لأحوال محدودة أو طارئة

المعالج المجهول	التفسيرات العميقة
الامتناع ، الاتجاه المحايد .	تفسيرات مثيرة للقلق
الحياد العلاجى .	إضعاف الدفاعات
التباعد المهنى .	تشجيع الخيال

الشاشة البيضاء .	أحلام اليقظة
اتجاه غير نشط وإبداء عدم الانفعال .	التداعيات الحرة
تفسيرات عميقة أو تكوينية للطرح .	الربط بين المحتوى الراهن واللاشعورى
مستدعيات الأحلام أو تحليلها .	تشجيع النكوص
الصمت	

التصورات الأساسية فى الأساليب العلاجية التدعيمية

اختبار الواقع

ليس للسؤال الفلسفى القائل «ما هو الواقع ؟ » إجابة واضحة . ولكن الأمر الواضح أن كلا منا يدرك ويفهم العالم المحيط به بطرق مختلفة . فنحن نعلم تمام العلم أن الأحداث التى يراها عدد من الشهود سيفسرها كل منهم بطريقة مختلفة بالرغم من « حلفان اليمين » .

كذلك ، فإن عالم مرضانا يختلف عن عالمنا نحن المعالجين . والواقع أن محك التصنيف التقليدى للأمراض الذهانية ، هو اضطراب إدراك الواقع والذى يتبدى فى تغير الإدراك [الهلاوس] والمعتقدات [الضلالات] التى لا يمكن التحقق منها بواسطة ملاحظين آخرين من الثقافة نفسها . إلا أن هذا التمييز ليس مطلقا بالرغم من صحته .

فمعظم المشاكل الطبية النفسية بما فى ذلك السلوك العصابى والمخاوف والاكتئاب تتضمن تحريفات أو تشويهات فى النظرة للعالم . والعمليات الذهنية المرضية - تلك التى لا تتبع القواعد المقبولة للاستدلال والاعتماد على القرائن والأدلة - تؤدى إلى معتقدات مرضية . وأدى الاعتراف بتلك الحقيقة إلى أن تفترض الكثير من طرق العلاج ، مثل العلاج المعرفى للاكتئاب ، أن المريض يستطيع تغيير الاستدلالات والنتائج التى يصل إليها على أساس من الخبرة الإدراكية .

فإذا كان عالم المريض قد شوهه أو حرفه المرض ، فعلى المعالج أن يساعده على تصحيح تلك النظرة ، بل ومن المحتمل أن يعاون المريض على أن يتفهم كيف حدث هذا التحريف . وقد يعمل المعالج على تعويض هذا النقص لدى المريض سواء بشكل مؤقت أو بشكل دائم . وتتضمن هذه الوظيفة مساعدة المريض على أن يختبر رؤيته الخاصة للواقع وتصحيحها كما يلزم . وبتعبير مدرسة التحليل النفسى ، فإن هذه العملية تعتبر كما لو كان المعالج « يُقرض » المريض أناه . ومثال ذلك ما يقوم به المعالج لتصديق أو مخالفة أنواع المدركات المختلفة للعالم ونتائجها (ويرمان ١٩٨٤) .

وأحيانا ما يكون هذا العمل ، توسيع رؤية الواقع وإدراك مداه ، مجرد إمداد المريض بالمعلومات الناقصة . فالمريض الخائف من ركوب الأوتوبيس - مثلا - قد يكون محتاجا ببساطة لبعض المعاونة فى معرفة ثمن التذكرة والمحطات التى يجب النزول فيها . كما أن المريض الذى يعانى من الاكتئاب الجسيم قد يساعده أن يعلم أن هناك احتمالا فى أن تخفف الأدوية عن عنائه .

ويمكن اتخاذ خطوة أبعد ، وهى إشراك المريض فى أنشطة تؤدى لفتح آفاق أوسع ، وتمكنه من الحصول على متعة أكبر من الحياة . لذلك ، يحتاج إلى التوجيه والتشجيع فى النواحى التالية :

* تعلم مهارات جديدة .
* تجربة أنواع جديدة من السلوك والخبرات .
* استبعاد أنواع السلوك التجنبى والخائف بالنسبة إلى مواقف معينة .
* التخلى عن السلوك المعرقل الذى لا طائل من ورائه .
* التفكير فى نفسه بشكل أكثر إيجابية .

الدفاعات

يبدو - حتى هذه اللحظة - أن دور المعالج بسيط وقاصر على دور المربى ، والمعلم ، والناصح المرشد ، ولا شك أن عليه أن يقوم بهذه الوظائف عندما يحتاج الأمر تقديمها للمريض . إلا أن عدة ساعات أو دقائق من العلاج تكشف دائما عن عراقيل فى وجه مثل هذا التقدم ؛ لأن تكيفات المريض الراهنة للواقع ، لسوء الحظ ، تقاوم المزيد من التكيف . فالمرضى غالبًا لا يرغبون فى تعلم طرائق جديدة للإدراك والاعتقاد والسلوك ؛ لأنهم محصنون ضد القيام بذلك .

وتُصور الدفاعات النفسية فى العادة على أنها آليات لا شعورية للفكر أو العمل مغروسة فينا لتحجب عنا التهديدات والأخطار الداخلية والخارجية التى تسبب انحراف المزاج [القلق أو الاكتئاب] . إن تناول الدفاعات فى العلاج التدعيمى دون اللجوء إلى البناء الفرويدى التقليدى المكون من الأنا والهى والأنا الأعلى قد يبدو متعذرا . ولكن يمكننا تبرير موقفنا ؛ لأن الدفاعات ليست كيانات نظرية مثل مكونات النفس الفرويدية ، ويمكن إدراكها باعتبارها توافقات متبادلة بين الأشخاص بدلا من اعتبارها تكيفات داخل النفس (سوانسون ١٩٨٨) . فكافة الأشخاص « العاديون» يستخدمون أنماطا دفاعية مركبة يمكن ملاحظتها فى كلامهم وغيره من أنواع السلوك . وقد أمكن التحقق من صدق تلك الدفاعات بطرق تجريبية (أمبيريقية) ووضعها فى مدرج هرمى (فيلانت ١٩٨٨) يشكل مؤشرا احتماليا لدرجة « العطل » النسبية . ومسألة العطل هذه مسألة نسبية ، فحتى الأشخاص المتكيفون الذين يقومون بوظائفهم على أكمل وجه تمر بهم لحظات إنكار وإسقاط وإنشقاق ونكوص ، وكلها دفاعات تنتمى لأدنى مستويات الفعالية . والأمر بالمثل فى حالة التندر والفكاهة ، فقد تكون قاسية وسادية أو لطيفة ومثيرة . والتبرير ، الدفاع الذى يقع فى وسط المدرج ، قد يضرب عرض الحائط بقوانين المنطق فى حالة الذهانى أو يصبح منطقا أكاديميا مفحما فى حالة مريض الوسواس القهرى . وهكذا ، فإن « العطل » الذى يخلقه ويعبر عنه دفاع ما قد يتنوع بدرجة كبيرة ويجب تقييمه من منظور يشمل قيام الكائن كله بوظائفه .

جدول (٤-٣) مجموعة الوسائل الدفاعية

دفاعات ناضجة	دفاعات غير ناضجة
القمع	العدوان السلبي
الإيثار	التفعيل
التسامي	الانفصال
الفكاهة (الدعابة)	الإسقاط
دفاعات عصابية أو وسيطة	الخيالات الذاتية
التفلسف (العزل)	التهوين ، التقديس ، الانشقاق
الكبت	دفاعات ذهانية
التكوين العكسى	إنكار الواقع الخارجي
الإزاحة	تشويه أو تحريف الواقع الخارجي
التبدين ، التبرير ، الإبطال	

ولما كانت معظم الدفاعات النفسية تتضمن الكبت (أى الاستبعاد من الوعى الشعورى) ، فإن طبيعة المحتوى المكبوت عادة ما تؤثر على درجة خطورة الدفاع . فالمريضة التى تنسى من هى قد اختارت ، ولو لاشعوريا ، موضوعا أكثر دلالة من المريضة التى تنسى عيد ميلادها أو ذكرى زواجها .

ولا شك أن إعادة بناء الدفاعات النفسية للشخص بما يتضمنه ذلك من «تنظيف» وتجريد للطبع والشخصية هو أمر يفوق طاقة أى معالج . إلا أن المعالج التدعيمى يمكنه بالتأكيد تحسين البناء الدفاعى للمريض حتى ولو بإخفاء بعض التراب «تحت السجادة» . وفضلا عن ذلك ، يجب أن يتوقع المرء من المريض أن يعيد تنظيم دفاعاته خلال استبصار عقلى أو من خلال استيعاب مفاجئ يؤدى إلى تغير سريع . بل المعقول أن يساعد المعالج فى تعديل دفاعات المريض وسلوكه شيئا فشيئا . فالتكرار والصبر مطلوبان هنا ، كما فى كافة أوجه العلاج التدعيمى . بل إن مرضى الذهان الذين تحاصرهم جبال من المدركات

الداخلية والمشاعر والرغبات لا ينغمسون فى أنشطة مستمرة لا رادع لها من العدوان والجنس . فهم يحتفظون ، مثلما يفعل كل إنسان ، بتشكيلة متنوعة من الدفاعات لتدعم تقديرهم لذاتهم وتحتفظ بأنواع السلوك الملائمة ، وأن هذه الدفاعات يمكن أن تتحسن . فالمريض الذى يدافع بشدة وخوف ضد عدو وهمى يمكنه أن يتعلم بمضى الوقت ، أن يرفض هذا الدفاع أو أن يستبدل به دفاعا آخر أقل تعجيزا .

وعلى أى حالة ، فإن المعالج يجب أن يكون قد علم الآن ماذا يفعل عندما يواجه دفاعا «عاطلا» . ويكون واجبه الأول أن يزداد علما بالنمط العام للدفاع عند مريضه ، بدلا من أن ينتقد الدفاعات القائمة ؛ لأن الهجوم على تلك الدفاعات ، أو حتى الظهور بمظهر المهاجم يخلق قلقا يزعج المرضى خاصة أولئك الذين يكون بناء شخصياتهم محتملا . فالنقد وكذلك التفسير لتلك الدفاعات يجب أن يُقدم بحذر حتى يقلل من حدتها . ويمكن تغيير الدفاعات أحيانا «بالقطعة» ، ولكن على المعالج أن يحيط إحاطة شاملة بنمط فجاعات المريض مدعما بفهم عميق لعمليات الدفاع النفسية . وخلال التقويم الطبى النفسى المبدئى والجلسات التى تتلوه يجب على المعالج أن يقيم فى عقله تصورا للتدرج الهرمى التكيفى للدفاعات .

تحريف الواقع

من الموضوعات الرئيسية فى التعامل مع المرضى مسألة تحريف أو تشويه الواقع الذى يتخذ شكل الأفكار الإيمائية والضلالات ، وكذلك أشكال أخرى من التحريف قد لا تندرج تحت هذين الشكلين . ومع أننا سنتناول كيفية التعامل مع هذه التحريفات فى فصول تالية ، إلا أنه توجد بعض الجوانب العامة لتلك العملية يجب معرفتها مقدما .

إن التحريفات التى تنتاب المريض قد تتناول ذاته أو الآخرين أو العالم المحيط به . فالناس كثيرا ما تسىء تفسير الظواهر أو الأحداث الطبيعية لأسباب

دفاعية ، ولعل أعظم التحريفـات دلالة تلك التى تتناول التصرفات الإنسانية . فنحن نخطئ فى عزو أو إسناد دوافع السلوك سـواء لدى أنفسنا أو الآخرين ؛ لأن القيام بذلك التفـسير أمر صعب حتى ولو كانـت الظروف مثالية والملاحظ موضـوعيا . وتوجد أمـثلة صارخة على العـزو الزائف للدوافع لدى الأسوياء كالإيحـاء التالى على التنويم POST HYPNOTIC SUGGESTION . فيورد آرونسن (١٩٨٨) مثـالا عن شخص قـام بتنفيذ تعليـمات المنوم بعـد إيقاظه ، فاشتـرى زجاجة من الخمر مـن محل بعيد ، ثم قدم تبـريرات مختلفة لقـيامه بذلك العمل ، رغم أنه لم يكن لديـه أى دافع للقيام بذلك عندئذ . ورغم الطبـيعة التبريرية للتنويم ، فإن مثل هذا المثال يمكن استخدامه لبيان عمليات التبرير الذاتى [تبرير الإنسان لتصرفاته] كثيرا ما تكون لاعقلانية ومـتحيزة بسبب الاحتياجات الشخصيـة ، وخاصة الحاجة إلى الظهور أمام الآخـرين بمظهر الشخص المنطقى المتسق العـقلانى . وكما هو مـعروف فإن الطبـيعة تكره الفراغ ، كـما أننا لا نستطيع تحمل سخافاتنا فنقوم بملئهـا بالدوافع التى غالبا ما تكون مزيفة ومرتجلة . وكثيرا ما تنشـأ الضلالات بعد وقوع الواقعة أو الحدث ؛ أى باعتـبارها تفسيرا مغلوطا يفـترض أن ما يتلو حدثـا هو السبب فى وقوعه ، وذلك لعـدم وجود تفسيرات أخرى .

ومثلما يساء تفسير الدوافع المـعزوة إلى الفرد ، فإن ما يعزى إلى الآخرين يمكن تحريفه ، وخاصـة فى العلاقة الطرحية بين المريض والمعـالج . فقد يعزو المريض إلى المعالج دوافع لامعقولة بالمرة ولكنه يحسها بقوة . فقد تحس - مثلا - إحدى المريضات أن المعالج معجب بهـا إذا وجّه انتقادا لزوجها . وإذا اضطر المعالج لقطع الجلسة بسبب ظرف طارئ فقـد يفترض المريض أن المعالج قد ملّ منه . وعندما يلاحظ المعالج أن هناك عـزوا لدوافع ما لدى الذات أو الآخرين بما فيـهم المعالج عند المريض ، فإن الفـرصة تكون قد سنحت ليسـاعد المريض على تصحيح أى تحـريف للواقع لديه بأن يقدم تفسيرات بديلة أقرب لمـا يفهمه المعالج من الموقف . ولهذا الأسلوب أثر فعال خاصة مع مرضى البارانويا .

وتنشأ التحريفات البارانويدية للواقع نتيجة للعملية المرضية المسماة بالإسقاط . فأن يعزو المريض دوافع شريرة لأفعال الآخرين يمكن تفسيره بأن المريض يسقط دوافعه العدوانية على الغير . وفضلا عن ذلك ، قد يرجع جانب منها إلى تعميمات لامنطقية لتاريخ طويل من سوء المعاملة . فيصبح المريض غير قادر على الثقة فى أحد لأسباب قد يكون لها وجاهتها . وعندما يعزو المريض دوافع أو أسبابا إلى تصرفات الآخرين ، فيستحسن فى البداية ألا نضعف العملية الدفاعية - الإسقاط فى هذه الحالة - بل أن نقوم بتناولها من حيث هى خطأ معرفى ؛ الأمر الذى يوحى باحتمال وجود دوافع أخرى لتصرفات الغير .

حالة

اشتكت سيدة بارانويدية بمرارة من سوء معاملة أصحاب العمل لها ، وأن مديرها لا يقدرها حق قدرها . وعندما واجهته مطالبة بزيادة فى الأجر رفض . ولكنه كتب فى تقريرها أنها موظفة حسنة ومجتهدة وطلب تأجيل النظر فى زيادة الأجر لحين تاريخ مراجعة الأجور . فشعرت المريضة بأنها تضطهد . وعندما ناقش المعالج مع المريضة مسألة إحساسها بأنها تكلف بمزيد من الأعمال ، وأنه لا سلطة لديها وتعرض لموقف المدير منها : لقد قام بمدحها كتابة فى السجل وهذا أمر له معنى وقيمة وهو الأهم من أفكاره الشريرة إن وجدت . وربما أخطأت المريضة فى اعتقادها أن المدير يكرهها ، وإذا كان يحبها فإن شكواها المستمرة قد تجعل الموقف يسوء .

إن تفسيرا عميقا قد يؤدى فى النهاية إلى تفسير ذلك السلوك من جانب المريضة بأنه يرجع إلى إسقاط كراهيتها لنفسها على المدير . ولكننا فى العلاج التدعيمى نتناول الأمر من زاوية تقدير النتائج السلبية لتصرفاتها . كما نلح على قدرة المريضة على الإنجاز والحصول على الزيادة فى راتبها فى مقابل معاداة المدير والفصل من العمل فى النهاية . إننا نواجه عجزها البارانويدى بتقييم واقعى لقدراتها .

حالة

مـريض يعتـقد أن الآخـرين يتحـدثون عنه فى الأوتوبيس . ويلجـأ المعالج ، بدلا من المبادرة إلى تحدى مـعتقدات المريض ، إلى الإشارة بأن أحدا لم يؤذ المريض أو يوجّـه إليه كلامـا مباشرا ، وبالتـالى فإن المريض لديه القدرة على تجـاهل المسألة . وهى قـدرة تبين استطاعتـه التحكم فى نفسه . ويسـتطيع المعالج فى تلك الأثناء الاستمرار فى اسـتكشاف صدق الضلالة ولكن دون الموافقة عليها ، فيكتفى بتحرى عواقبها ببساطة وتحييد الخطر أو التهديد الذى تمثله .

سلوك المجابهة COPING BEHAVIOUR

يشير تعبـير المجابهة إلى نوع شائع من الدفاعـات . فكثيرا - وإن لم يكن دائما - مـا تكون الدفاعات مـلائمة للموقف أو الخطـر الناشئ عنه . وسوف نستـخدم التعبـير بهذا المعنى دون أن نميز بين الغـرض من الدفاع ومجابـهته . فالمرء يجـابه عاصفة مـقبلة ، على سبـيل المثال ، بأن يشترى التـموين اللازم ويقوى النوافذ والأبواب ويتحصن فى داخل منزله . وقد يجابه المرء ألم الصدر الشديد بأن يعزوه إلى عسر الهضم - وهو دفاع قاتل أحيانا - ولكن إنكار المرء خطورة النوبة القلبـية التى أصيب بهـا بعد دخوله فى غـرفة العناية المركـزة قد يساهم فى نجـاته . إن تقدير المعالج لسلـوك المجابهة فى سيـاقه أمر له أهمـية حيوية فى تعديل السلوك .

أُجرى مسح لمرضى الفصام الخارجيين ، وصُنِّف سلوك المجابهة لديهم إلى ٩ فئات (كوهين وبيرك ١٩٨٥) . واسـتخدمت فى ذلك المسح أساليب تناسب مختلف المتغيرات الديموجرافيـة مثل الجنس والعمل والمعيشة بمفرده . . . إلخ . وظهرت فى النتـائج (الجدول ٤ - ٤) أشياء كـثيرة تحتاج إلى وقـفة وتأمل من المعالج ؛ إذ اتضح أن المرضى ليسوا غير مبالين بأعراضهم ، بل يمكن اعتبارهم حلفاء للمعالج فى محاولة اكتساب أنواع أكثر فعالية من سلوك المجابهة .

جدول (٤ - ٤) سلوك المجابهة فى عينة من

٨٦ فصاميا من المترددين على العيادة

الاستجابة	النسبة المئوية
المجاهدة (محاولة قهر الأفكار غير المرغوب فيها)	٢٥,٤
تقبل الأعراض والتعايش معها	١٧,٥
يستخدم وسائل تسلية انعزالية	١٦,٥
(التليفزيون ، الراديو ، الطعام ، التدخين)	
يحس بالعجز	١٣,١
ينام لفترات قصيرة أو طويلة ، يتأمل	٧,٩
يبحث عن المساعدة الطبية	٧,٨
يبحث عن متنفسات اجتماعية	٥,٧
الصلاة	٤,٥
تعاطى الكحول أو المخدرات	١,٣

التطمين وتوسيع مدى تقدير الذات

رأينا أن الدفاعات النفسية - مثل حالة الإيحاء بعد التنويم - تعمل على الحفاظ على تقدير الذات وتحسينها . وعلى أى حال ، فإن المزيد من دعم ومساندة تقدير الذات غالبا ما يكون أمرا ضروريا فى العلاج التدعيمى للأسباب الآتية :

١ - يعتبر تقدير أو اعتبار الذات والنتيجة الناشئة عنه ، وهى الثقة بالنفس عوامل تؤدى إلى الأداء الفعال . فالمريض الذى يكتسب اعتبارا واقعيا للذات يمكنه أن يتغلب على المخاوف اللاواقعية التى أعجزته فيما سبق .

٢ - عدم إيمان المرء بنفسه يتحول إلى حكم مسبق بالفشل يؤدى إلى مزيد من نقص اعتبار الذات .

٣ - إن توقع الفشل يخلق مزيدا من القلق يعوق الأداء ويفسده .

وأغلب الظن أن اعتبار الذات يتغير فى كل الأمراض ، الحادة والمزمنة والجسمية والنفسية . ويتضح لدى بعض المرضى مثل الاكتئابيين أو الثكالى نقص واضح فى اعتبار الذات يبدو فى أقوالهم التى تحط من شأنهم وتقلل من قدرهم . بينما يشعر البعض الآخر مثل مريض الهوس المختال أو المصاب بالفصام الهذائى بإحساس ضلالى مبالغ فيه بأهمية الذات . ويتبين من فحص هذه التغيرات فحصا دقيقا أنها تمثل تعويضا عن فقدان اعتبار الذات ، ولكن على مستوى أعمق . فالإحساس بالعظمة المتضمن فى القول «بأن المخابرات تتبع خطاه» لا يزيد عن ما يدعيه مريض الهوس أو ما يصرح به المريض النرجسى بصراحة من أنهما أذكى أهل الأرض . وتشترك كافة هذه الاعاءات فى كونها تحريفا فى صورة الذات يحتاج إلى تصحيح واقعى . لذلك ، فلا يكون من التناقض أن نقدم لمن يعانون من مشاعر العظمة تفسيرات ترمى إلى توسيع اعتبار الذات . فحقيقة ما يحتاجه هؤلاء هو تعريف جديد لاعتبار الذات ؛ لأنهم يريدون ما يثبت أنهم كائنات إنسانية لها قيمتها ولا تحتاج إلى ضلالات وأوهام لكى تحصل على تلك القيمة .

لذلك ، ننظر إلى توسيع اعتبار الذات على أنه استراتيجية عامة لتحسين تكيف المريض لعالمه . ويتضمن التطمين REASSURANCE استعمال عبارات أكثر تخصصا ونوعية عن معتقدات المريض وأنواع سلوكه ، وهى مزيج من اختبار الواقع والإيحاء ، وهذا هو السبب فى أننا اعتبرناها توجيهية وتوضيحية فى آن . ومثال ذلك أن التطمين قد يتضمن ببساطة الإشارة إلى أن المريض كان والدا ناجحا رغم الفشل الذى مُنى به مؤخرا . وعادة ما يشمل التطمين تأكيدا على العناصر الإيجابية أو التى تبشر بالخير فى حياة المريض

والتى يكون قد أهملها أو تجاهلها ، مثل التركيز على المآل الحسن لمرض جسمى معين ، أو التقليل من شأن مدة البقاء فى المستشفى أو الألم النفسى أو الجسمى . ويستطيع المعالج تقديم ما ينقص المريض ؛ أى النظرة بعيدة المدى التى تجعل المعاناة محتملة والسعادة أقرب منالا .

ونحتاج إلى التطمين عندما يعبر المريض عن الخوف بشكل عام كقوله مثلا : «سيصيبنى الجنون» أو «لن أغادر المستشفى أبدا» أو «سأظل أعانى طيلة عمرى» أو «لن يغفر لى أهلى ما فعلته» أو «لن تعود حياتى إلى حالتها الطبيعية قط» . وعلى المعالج أن يقيّم الآتى :

(١) الصدق الواقعى أو الفعلى للخوف والذى قد يتراوح من الخيال الصرف إلى شئ له ما يبرره تماما .

(٢) نتائج ذلك الخوف والتى قد يكون مبالغا فيها .

(٣) صدقها الانفعالى ، والذى يجب الاعتراف به ولكن ليس من الضرورى قبوله على عواهنه ، إما لأنه قد يمثل إزاحة لخوف آخر مثل المريض الذى يركز على شكاواه الجسمية بينما لا يكون خوفه راجعا إلى الألم وإنما إلى التشويه الذى قد ينتج من الجراحة . والمعالج الذى يستجيب بسرعة للخوف الذى يبرزه المريض قد تفوته المخاوف التى لا يذكرها .

ويستطيع التطمين المناسب أن يقلل الإحساس بالذنب بالنسبة إلى ما يصادفه الإنسان من خسارة ، وهو أمر مهم فى العمل مع الفصامى الذى يلوم نفسه على إصابته بالمرض ، ومهم بالمثل لدى المرضى الذين يعانون من إصابات جسمية ، حتى ولو كان المريض مسئولا بدرجة أو أخرى عن مرضه مثل سرطان الرئة والحوادث الناتجة عن تناول الخمر . والتخفيف من الإحساس بالذنب يرفع مستوى اعتبار الذات ، ويفيد ذلك بشكل خاص لدى المرضى الذين تسوء حالتهم بسبب التصاقهم بالماضى .

والتطمين ، بوصفه ناتجا عن اختبار الواقع ، يجب أن يكون واقعيا ، ولكنه يجب أن يستثمر أيضا العنصر الإيحائى ، وتوقع الناتج الإيجابى الذى سبق لنا الإشارة إليه . وعندما لا يكون المعالج واثقا من النتيجة ، فإن عليه أن يؤكد الجانب الإيجابى أكثر من موافقته على تقييم المريض القاسى للوقائع . فلا يجب على المعالج أن يبعث أملا مبالغا فيه ، لكنه يستطيع قطع شوط بعيد فى تصحيح إدراك المريض الملتوى للواقع .

إن التطمين المبنى على المعرفة أمر لا ينكر ، إلا أن التطمين الهلامى الذى لا يستند إلى علاقة تفاهم مع المريض يبدو غير صادق أو مقنع فى نظير الأخير .

ويزداد اعتبار الذات فى النهاية من خلال الارتجاع [الفيدباك] الذى يقدمه المعالج للمريض عن سلوكه أثناء توجيهه نحو مزيد من الأنشطة المثمرة والمنتجة . وهذا هو المنطق الكامن وراء التناول المتدرج للعمل فى المجتمع من خلال التدريب على المهارات المهنية ، والمهام العلاجية فى الصناعة ، والورش المحمية . إن القدرة والتمكن والنجاح ترفع اعتبار الذات بدرجة أكثر فعالية بما لا يقارن بالكلام .

الفنيات التوضيحية

أساليب التواصل

كيف يصل المعالج إلى تحسين اعتبار الذات واختبار الواقع لدى المريض ؟ إن هذا السؤال يعيدنا إلى مناقشة المستوى الأول من أسلوب العلاج التدعيمى ، ألا وهو أساليب التواصل . وهى مهمة أساسية يمكن أن تكون بالغة الصعوبة ، ومؤداها ببساطة هو استمرار التواصل ، عادة بالتركيز على « **تقارير الحياة اليومية** » هنا والآن . فأن يسأل المعالج المريض - ماذا حدث اليوم ؟ أفضل بالتأكيد من الصمت أو من السؤال المثير للقلق «ماذا ستفعل فى هذه الجلسة ؟» ويستند المعالج إلى الفنية الأساسية : الإنصات الإمبائى [المتعاطف الفاهم]

والحديث من خلال **ملاحظة** المريض : كيف يبدو ملبسه ومظهره ؛ ما هى مشاعره ومزاجه فيما يتعلق بالمحادثة الدائرة ؛ فلكى نشجع الحديث علينا **إظهار الاهتمام والعناية** . ولعل أبسط شكل من أشكال ذلك هو **ترديد** عبارات المريض بنفسها أو بشكل مختلف قليلا . كذلك ، فإن الانفعالات يمكن محاكاتها بتعاطف . والمتابعة TRACKING هى المظهر الدال على ذلك عن طريق الإيماءة أو الكلمة التى يعبر بها المعالج عن متابعته لحديث المريض . كذلك ، فإن **التعليق** على سلوك المريض [مثل يبدو عليك القلق اليوم] قد ينقل تفهم المعالج لحاله ، أو قد يكون جزءا من خطة مدروسة للربط بين مختلف جوانب سلوك المريض عندما يقدم له التفسير بعد ذلك .

وأحد أساليب التواصل المهمة ، أسلوب إعادة الصياغة والذى يتضمن إعادة صياغة ملاحظات المريض ، وعادة ما يكون نقطة البدء فى عملية يرمى المعالج من ورائها إلى الكشف عن جوانب خفية من مواقف المريض أو استخراج أفكار لا يستطيع - أو لايريد - التعبير عنها .

حالة

يخبر المريض المعالج عن المقاطعات التى تثيرها أمه أثناء مشاهدته التليفزيون ، فيستنتج المعالج شيئا ، ويعيد صياغة الفكرة « أى أنك تريد مزيدا من الخصوصية» ، فيوافق المريض وعبر عن إحباطه الكامن قائلا « لا يوجد مكان ألجأ إليه إلا غرفة النوم ، ولكن ليس بها تليفزيون » . ويستطيع المعالج هنا الاستمرار فى استكشاف الحدود الواقعية والمتخيلة لقدرة المريض على إشباع حاجاته المدركة .

وبالرغم من استدلال المعالج فى المثال السابق على احتياجات المريض ، فإن هناك وسائل أبسط وأسهل ولها التأثير القوى نفسه ، كما تساعد المريض على فهم نفسه من حيث هو فرد وكائن اجتماعى . ويفتقر الكثيرون من المرضى العقليين المزمنين إلى قدرات التواصل الأساسية ، ويخطئ آخرون فى نقل رغباتهم

بالرغم من طلاقتـهم اللفظية ، ويسيئـون تفسير مـقاصد الآخرين كـما رأينا . وكلا الـنوعين من المرضى يفتـقر إلى القـدرة على التواصل مع الغـير بطريـقة واقعية تشبع احتياجاتهم من خـلال التفاهم الاجتماعى . إن قدرة المعالج على إعادة صـياغـة مثل تلك الحاجـات ولو بدون «تزويق» تعكس للمـريض تفهم المعالج .

مثل تلك الأسـاليب ، التى تقدم «فـيدباك» للمريض بأن المـعالج منصت بانتباه ويحاول التفهم ، تندرج تحت الفكرة القائلة بأن التواصل فى حد ذاته ذو قيـمة عـلاجية . ومع مـا واجهـته تلك الفكرة من تحـديات بخصـوص جعل المريض أكثـر تواصلا واستحـثاث المزيد من الاستكشاف فى التـعامل ، إلا أننا نعتقد أن التواصل فى حد ذاته أمر أساسى فى العلاج التدعيمى .

وتعمل إعادة الصـياغة والترديد أيضا على تحـويل الوجدانات إلى ألفاظ ، وهو أسلوب يفيد المريض الذى يعبر عن انفـعالاته المتطرفة كالكراهية والغضب الشديد والقلق أو الاكتـئاب والعجز . ويشابه الأسلوب السابق عـملية «ضبط الموجة» ATTUNEMENT التى وصفها باين (١٩٨٥) .

مثال :

المريض : لن أحضر هنا مرة أخرى ، الحضور لا يفيدنى بشئ ، فلا أزال بدون عمل حتى الآن .

المعالج : (يعيد الصياغة) إذن أنت تظن أن علاجك النفسى غير مُجدٍ .

المريض : كلا ، إنما لا أستطيع أن أنتظر طول الصباح لكى أراك . . .

فحتى لو كان المعالج مخطئا فى مـعرفة سبب رغبة المرض فى ترك العلاج ، فإنه قد فتح بابا للمناقـشة . فعملية إعادة الصياغة نفـسها ، بصرف النظر عن عدم دقتـها ، تبدأ تلك العمليـة . أما فيمـا يتعلق بترديد المعالج أو مـحاكاته لانفعالات المريض الغاضب أو استجابته له بتطبيب الخاطر فيعتمد على أسلوب

المريض ومستوى انفعالاته . وفى الواقع يحتاج المعالج على أى الأحوال إلى إقامة نوع من التداخل مع انفعالات المريض . ففى حالات الفجيعة مثلا ، عليه أن يحاكى درجة من الحزن والتعاسة فى استجابته ؛ لأن الإفراط فى نصح المريض بلهجة مرحة يعطيه انطباعا بتصنع المعالج . ولقد وجد بعض المعالجين أن شرائط التسجيل الصوتية تفيد فى «الفيدباك» عند التعامل مع المرضى الذين يعانون من مشكلات التواصل أو من إدراك أنفسهم أو المعالج بموضوعية ؛ لأن استماعهم لها وهم فى منازلهم يمكنهم من التمعن فى كلمات المعالج دون القلق الذى ينتابهم خلال الجلسات حينما يكون عليهم الاستجابة .

وعندما يحتاج الأمر إلى الإدلاء بمعلومات انفعالية أو معرفية ولا يستجيب المريض ، يحتاج المعالج إلى تشجيعه على التنفيس عن مشاعره والتعبير عنها . والواقع أن إعادة اكتشاف الانفعالات المكبوتة أو المعزولة والتعبير عنها تمثل ركنا أساسيا لعملية التفريغ فى التحليل النفسى . على أنه يجب أن يتم استخدام هذه الفنية بحكمة وخاصة مع المرضى الذين يعانون من ضعف إدراك الواقع أو القدرة على ضبط النفس . فلا يجب على أى معالج أن يشجع المريض على أن «يعبر عن كل مشاعره» دون تمييز ، بل يجب أن يختار الانفعال الذى يشجع التعبير عن بعض الانفعالات وقمع البعض الآخر على أساس معرفته بالمريض أو إدراكه لما يستطيع تناوله .

المواجهة

إن العلاج النفسى هو استكشاف لا ينتهى لحياة شخص آخر . وكما سبق لنا القول ، فإن المعالج سيبدأ باستكشاف مسائل سطحية فى الجلسات المبدئية . ومع تقدم المعالج فى استكشاف ما تحت السطح ، الذى يعبر عنه المريض عادة برضى وبدون عناء ، ينتقل الحديث إلى مسائل تولد قلقا ومقاومة . وهذه هى ساحة المواجهة .

وتعنى المواجـهة وجود الصـراع ، ويقصـرها بعض المعالجين علـى تقديم بعض الحقائق المؤلمة بإصرار وقوة للمريض . ويعتقد البعض الآخر أن ما يجب مواجهة المريض به هو أنواع السلوك وصورة الذات التى يجـدها غير مقبولة أو التى تخلى عنها منذ زمن بعيـد . كما أن تلك المواجهات المباشـرة قد تتضمن معارضة خطط المريض الراهـنة أو معتقداته أو أفكاره . فقد يقـول المعالج مثلا «إنك لا تستطيع الاستمرار فى جرح يديك كلما عدت إلى المنزل ليلا» . وهذا النوع من المواجـهـة كـثيـرا مـا يكون ضـروريا مع المرضى الذين يجب كـبح جماحهم حتى لا يرتكبوا أفعالا مدمرة . ولا يجب على المعالج أن يتجنب هذا الأسلوب المبـاشر عندما يتـطلب الأمر إخبـار المريض بالحقـيقـة فورا . إلا أن الصراحـة المطلقة مثل «إنك مـخطئ تماما» نادرا ما تكون ذات أثر فى التـفاعل العلاجى اليـومى ؛ إذ إن هذا النوع من الصراحة قـد يكون من الخطورة بمكان فى الحالات التى تعانى من البـارانويا الحادة أو اضطراب الشخصيـة على سبيل المثال .

من الأفضل فى معظم الأحيان أن نفكر فى «المواجهة» بمعناها الثانى ؛ أى المقـارنة ، أو بمعناها المعجـمى «نواجه سـويا» . ذلك لأن المريض يحتـاج إلى الشعور بأنه والمعالج يواجهان المشكلة سويا . ولعل أفـضل استخدام للمواجهة هو فى الإشارة إلى تناقض كلام المريض مع أفعـاله . وتشير هذه التناقضات ، من وجهة نظر ديناميـة ، إلى صراعات داخلية فى الـبناء النفسى . وإن كانت الإشارة إليها بصورة مباشرة أثناء المواجهة ليست أمرا ضروريا ، كما يتضح من الأمثلة التالية :

* قلت لى منذ خمس دقائق إننى أفضل مـعالج قابلتَه ، والآن تقول إننى لا أساوى مليما (مواجهة التقلب السريع فى اتجاهات المريض من تبجيل المعالج إلى الحط من شأنه ، مما قد يؤدى إلى مزيد من الاستكشـاف للدفاعات البدائية كالانشقاق) .

* أعلم أنك تريد عودة ابنتك إلى البيت لتعيش معك ، ولكننى أتساءل هل ستستطيع العناية بها كما تود (مواجهة إنكار المريض لمرضه وعجزه) .

* قلت إنك ستصرف راتبك على شراء معطف يقيك برد الشتاء ، ولكنك بدلا من ذلك أنفقته على شراء الكوكايين (مواجهة تبريرات المريض لشراء المخدر) .

ومما يساعد المعالج - بينه وبين نفسه - قيامه بالتمييز بين المواجهات **الأولية والثانوية** . فالأولى تتضمن التناقض بين هدف متفق عليه وسلوك المريض ، أما الثانية فتتضمن تناقض جوانب السلوك ، دون اعتراف المريض بتفوق واحد منها على الأخرى . ومن المواجهات الأولية النموذجية الإشارة إلى مقاومة المريض للعلاج الذى سعى إليه بنفسه ، كما يتجلى فى التخلف عن مواعيد الجلسات أو التلكؤ فى دفع الأتعاب . وقد يتضح من مناقشة المريض أنه غير ملتزم بالهدف المتفق عليه ، وأنه قد آن الأوان لإعادة وضع أهداف العلاج . أما فى المواجهة الثانوية كأن يجد المريض صعوبة فى الاختيار بين علاقتين غراميتين ، فعلى المعالج إتاحة الفرصة لنمو وتفتح خيارات المريض .

حالة

تعيش المريضة المصابة بالفصام والتى تبلغ ٣٧ عاما فى منزل للمغتربات منذ خمس سنوات . وعند حلول كل ربيع تعلن أنها ستجد عملا ، وتنهمك فى جمع الإعلانات عن الوظائف ، ثم تذهب إلى مقابلة واحدة بمظهر مزر فتُرفض ثم تشعر بعدها بالراحة . وبعد ملاحظة تكرار هذا النمط يشير المعالج إلى ذلك ويطلب منها إيضاحا . وقد تؤدى المواجهة هنا إلى فهم لمخاوف المريضة من العمل ومن مشاكل تقديم نفسها ومهاراتها فى المقابلة ، أو لدوافع أخرى مثل رغبتها فى إرضاء المعالج .

التبيين والتوضيح والتفسير

ومع بدء المعالج فى اكتشاف الجوانب والدوافع الأكثر خللا فى سلوك المريض ، فإنه يدخل بذلك إلى نواح من ذات المريض قد تكون خافية عليه هو نفسه ، فقد يجد أنواعا إيجابية وسلبية من السلوك ، ومهارات دفينة ونواحى قوة ، مثلما يجد أيضا ميولا لتدمير الذات .

والتبيين هو التعبير الأعم عن التدخلات التى من هذا النوع ؛ إذ يشير إلى عرض الأسباب والعوامل المساهمة والدوافع والمبررات وآليات التصرف والعمليات الكامنة أو تلك التى تمهد لمشاعر المريض وأفكاره وسلوكه .

أما **التوضيح** فهو تفسير سطحى نسبيا يكشف عن جوانب غير معروفة أو لا يعترف بها المريض شخصيا ، دون التعمق فى دوافع المريض الخفية ومخاوفه ورغباته ودفاعاته . وغالبا ما يتضمن ذلك التقاط المعالج لفكرة عابرة استبعدها المريض ، فيعيد المعالج صياغتها ويبرز أهميتها .

وتربط تقاليد التفسير فى التحليل النفسى بين مشاعر المريض الراهنة وأفكاره ومشاعره وسلوكه ، وبين عمليات أو أحداث فى الماضى أو الحاضر ، عادة ما تكون لا شعورية . إلا أننا سنستخدم تعبير «تفسير» بشكل أعم لنشير به إلى أى توضيح خاص بالمريض . وقد يكون التوضيح والتفسير كلاهما تكوينيا (وهو ما يعنى فى العلاج النفسى الحياة الباكرة وتأثيرات الأسرة وليس مجرد التأثيرات الوراثية) أو معاصرا (أى يفسر عملية حالية بعملية سابقة) وهما على أى حال أعوان مفيدة للتغير العلاجى ليس من خلال الاستبصار بالضرورة ، وإنما لأنهما يؤديان إلى تغيرات فى اعتبار الذات والمشاعر وزيادة رصيد المريض من الأنماط السلوكية .

ويبين المثال التالى الطريقة التى قد يختار بها المعالج درجة التعمق التى يوضح بها حدثا ما :

المريض : صاحت أمى فى وجـهى لأننى لم أغيـر ملابسى منذ الأمس ، ودخلت الحمام ، وبعـد الاستحمام لم أحس برغبـة فى تنظيفه فتركت المناشف على أرضية الحمام .

المعالج : كثيرا ما أخبرتنى أنك تغضب من أمك عندما توجه نقدا إليك . فكثـيرا مـا يقـوم الناس بترك الأشـيـاء بدون ترتيب أو نظام عند شعـورهم بالغضب . ربما كنت فى وقتـها غاضبـا ولهذا تركت المناشف على الأرض .

المريض : كلا ، كـما قلت لك ، لم أحس برغبـة فى تنظيف المكان بعد الاستحمام .

المعالج : ومع ذلك يبدو لى أنك كنت غاضبا منها .

يستخدم المعالج فى هذا المثـال عدة فنيات . فهو أولا **يواجه** إنكار المريض للغضب ، ويقدم **توضيحا** بأن المريض كان غاضـبا . ثم يقدم **تفسيرا** لترك الحمـام متسخا باعتـباره تعبيرا عن غضب المريض . وتهـدف هـذه الأساليب إلى مساعـدة المريض على أن يتعلم وأن يعـترف أيضـا بـدور الغضب فى توجيـه تصرفاته . ولقـد قـدم المعالج أيضا **تبيينا** فى هذه الحالة - وهو التعميم القائل بأن الآخرين كثـيرا ما يتصرفون على هذا النحـو - وذلك كى يخفف من حدة التوضيح . ويستطيع المعالج الاستمرار بطريقة اختبار الواقع ، فيمضى إلى القول بأن وجـود المناشف على أرضـية الحـمام سـوف يزيد من غـضب الأم ويعلق بتعـاطف قائلا «ونحن نعلم موقف أمـك من النظافـة» . ولا يقـدم المعالج هنا ما يمكن اعتباره تفسيرا آخرا ، وهو أن المريض يخفى فى صدره مشاعر عدوانية مزمنة تجاه أمه .

إلا أنه على أى حال قدم فكرة أن المريض يستجيب للنقد بالغضب ، وهو أمر مفهوم لكنه يزيد الأحوال سوءاً .

قواعد التفسير التدعيمى

يمكننا مما سبق استخلاص الآتى :

أن مستوى التـفسير يجب أن يكون سطحيا ، وأن حـدته يجب التخفيف منهـا بعدة وسـائل بشكل عام . وأن السـرعة والتـوقيت لهـما أثر حـاسم . فالتـفسيرات السـابقة على موعدها قـد تكون خاطئة ؛ وبالتالى لا تسـاعد بل وتؤدى إلى مسارات خاطئة . وحتى لو كانت صحـيحة فإن التفسير الذى يُقدم فى غير موعده قد يهمله المريض أو لا يؤثر عليه . بل والأسوأ من ذلك أنه قد يغضبه ويسبب له القلق فيقطع مسار العلاج . وفى التحليل النفسى الكلاسيكى يؤدى التفسير غير الصحيح بالعميل إلى أسابيع من الصمت (وطبعا إلى أسابيع من التحليـل الذاتى أو الإشراف من جانب المعـالج) . أما مـوقف المعالج فى العلاج التدعيمى فإنه أكثر خطورة من عدة نواح ؛ إذ إنه يتعامل مع مرضى من النوع الهش الذى يصاب بالفـزع من التفسيـرات العميقة أو التى تـأتى فى غير أوانها . ولذلك ، كثيـرا ما يميل المعالج إلى تحسس طريقه بحـذر فيمر الوقت دون أن يفعل شيئـا مفيدا على الإطلاق . ولحسن الحظ ، أنه يستـطيع مواجهة هذا الحذر المفهوم برصيد من فنيات استخدام التفسير الشديدة الفعالية .

والتفسير غير الدقيق هو التعبير الذى يطلق عموما على التفسيرات الصادقة جزئيا . فمثلا عندما يستمع المعالج إلى وصف مريض ، يبدو أنه جنسيا غيريا ، بأنه ذهب مع صديق للسباحة فى الحمام ، فـقد يستنتج أن المريض يشعر بميول جنسيـة مثلية قوية نحـو صديقه . وبدلا من أن يفـسر ذلك بطريقة مبـاشرة ، يلجأ إلى تناول مسألة اشتياق المريض لإقامـة الصداقات ، وهو أمر مقبول تماما فى نظر المريض . وقد تزود هذه التفسيرات غير الدقـيقة - كما قال جلافر (١٩٣١) - المريض بتفسـيرات وأنواع من السلوك البديلة والمُزاحة التى تخـفف من همومه ومن انحراف مزاجه . فقد تعمل تلك التفسيرات مثلا على تحويل انتباه المريض عن مصـادر القلق أو عن التصرفـات التى لا تـؤدى إلى نتيجـة . إلا أن هذا

لا يعنى أن التفسيرات غير الدقيقة مجرد مسكنات مؤقتة ، بل إن الأنشطة التى قد تبدأ كتحول عن رغبات أخرى تثيب المريض عن طريق اكتسابه القدرة والتمكن من البيئة ، فتصبح تلك التحولات فى النهاية غايات فى حد ذاتها .

وقد تشير التفسيرات البيولوجية غير الدقيقة إلى ما هو شائع عن المرض ، بل وتقدم تطمينا وفهما للمريض ، مثل القول «إنه من الشائع أن تزداد الهلاوس سوءاً عند النوم» . أو كما قال تورى (١٩٨٦) لمريضه الذى زعم بأن طعامه مسمم «من الشائع فى الفصام أن يتغير مذاق الطعام عن مذاقه المعتاد ، ولكن هذا لا يعنى أنه مسمم» . وسنقدم فى بقية هذا الفصل تشكيلة متنوعة من الأساليب التى يمكن أن نطلق عليها تفسيرات غير دقيقة والتى تهدف من حيث المحتوى أو العمق إلى الوقاية من القلق أو النكوص .

استخدام التفسير بحكمة

أشرنا فيما سبق إلى فريد باينز عند تناوله استخدام التدخلات التدعيمية فى السياق العلاجى (باين ١٩٨٦) . ولعل أشهر قواعده هى «اطرق الحديد وهو بارد» ؛ أى لا تضربه وهو ساخن مثلما يفعل المعالجون أتباع الاتجاه الدينامى الذين يحاولون تفسير الخبرة عندما توجد انفعالات جديدة مستثارة ، فالمعالج التدعيمى يفضل أن ينتظر حتى تهدأ انفعالات المريض الناشئة عن الخبرة المعنية ؛ إذ إن ذلك يخفف من وقع أو حدة النقد أو التفسير . ولهذا السبب ينصح باينز المعالج بأن يحدد أو يوقف تداعيات المريض للتفسير ، وأن يقدم التفسير بحذر ، وأن يعطى المريض الفرصة لوقف المناقشة ، وأن يعده لاستقبال التفسير بإشعاره فى مرحلة مبكرة من الجلسة بأن الموضوع سيناقش فيما بعد . إن ترتيب التفسير على هذا النحو يسمح للمريض بتوقع آثاره وهو ما نعتبره دفاعا ناضجا (باينز ١٩٨٥) . ويؤكد باينز أيضا أن التفسيرات يمكن تلطيف وقعها بزيادة «الجوانب الكابحة» للبيئة العلاجية .

وإحدى القـواعد المهمة الأخـرى ، هى فتح الباب أمـام تفسيرات مـقبلة بتقرير استعداد المعالج للحديث عن موضوعات صعبة . «أعلم أنه من المؤلم أن نتحـدث عن تعاطيك المخدرات ، وأرى أنك لا تريد أن نتحـدث عنها الآن . فلنؤجلها بعض الـوقت حتى تكون مستـعدا» . إن عبـارة من هذا النوع أفضل من تآمر المعالج والمريض الضمنى على تجاهل الموضوع .

وعندما تتناول جماعـة مع معالجها مشكلة أحد المرضى فإن الجـماعة كلها تستـفيـد . والأمر بالمثل فى حـالة تقديم التـفسيـرات عندما يوجـهها المعالج لشـخـص آخـر غـيـر المريض المعنى ، عـلى ألا يتم ذلك بشكل مـنتظم . فالملاحظات التى تسمعها الجماعة دون قصد من المعالج قد يكون لها تأثير فعال وعمـيق أو مدمر . لذلـك ، ينبغى على المعالج أن يـعى دائما أنه يمارس دوره حتى أثناء المحادثات شبه الخاصة .

وتحتاج التـفسيرات مـهما أُجلت أو تم تجنبهـا مؤقتا أو غُلفـت أو خففت حدتها ، إلى التكرار حتى تؤتى أُكلها . وعـلى المعالج أن يكون مبتكرا بحيث يضع «الشراب القـديم فى زجاجات جديدة» ، دون تذكـير المريض على الدوام بأن المذاق واحد لم يتغير . وتستطيع تلخيص ما قلناه عن قواعد تقديم التفسير فى الجدول التالى مستخدمين استعارة «الباب» المفضلة لدينا .

جدول (٤ - ٥) نظرة مجازية إلى التفسيرات باعتبارها أبوابا

القاعدة	مبرراتها
الباب اللى يجيلك منه الريح سده واستريح .	فقد يكون وراء البـاب حريق ، وقد لا يكون المريض قـادرا على معـالجة الآثار الانفـعاليـة الناتجة عن التفسير أو تمثيل مكونه المعرفى .
لا تفتح الباب على مصراعيه .	تحديد أو وضع حدود للتداعـيات يحافظ على معظم دفاعات المريض .

افتح الباب بحذر وكن مستعدا لإغلاقه .	تنبه الآثار المباشرة المعالج إلى أن التفسير سابق لأوانه أو أنه أعمق مما ينبغى أو يحمل خطرا كبيرا .
دع المريض يعلم أنك ستفتح الباب .	إعطاء المريض السيطرة على مناقشة المواضيع الحساسة يسمح له بالإبقاء على دفاعاته .
أحيانا يجب أن تغلق الباب حتى ولو كان المريض يريد فتحه .	يجب أن يكون المعالج مستعدا لوضع حد للمناقشة ، إذا انهار المريض أو ارتد .
اجعل الغرفة مريحة .	يجب تقديم التفسيرات فى جو مساند .
افتح الباب مرارا .	يجب أن تقدم التفسيرات مرارا حتى تتغلب على المقاومة .
افتح الباب للآخرين .	سيكون المريض أكثر استعدادا لتقبل التفسير عندما لا يحس بأنه يهدده شخصيا .

يألف دارسو التحليل النفسى التفسيرات التكوينية التى تربط بين الصراعات الحالية وبين مشاكل الطفولة المبكرة ، أو بينها وبين الرغبات الطفلية المكبوتة . ومثل هذه التفسيرات حتى ولو كان المعالج متأكدا من صحتها نادرا ما تستخدم بشكل مباشر فى العلاج التدعيمى . إلا أنه يمكن استخدام التفسيرات التكوينية بوصفها تفسيرات غير مكتملة أو غير دقيقة تقلل من إحساس المريض بالذنب أو لوم نفسه على ما حل به . وفى واقع الأمر ، فإن تلك هى الطريقة التقليدية التى من خلالها يستثير مرضى اضطراب الشخصية هذا النوع من التفسيرات لحماية أنفسهم من تحمل المسئولية (آرلو ١٩٨١) . أما مريض العلاج التدعيمى الأقل قدرة على التحكم فى تغير طبعه ، فإن تقديم تفسير تكوينى غير دقيق قد يؤدى إلى تقوية الدفاعات المطلوبة . فمثلا قد يخدم ميل بعض مرضى الفصام إلى لوم آبائهم وظيفة دفاعية تمنع عنهم الاكتئاب (لامب ١٩٨٢ عن آريتى ١٩٧٤) . ونظرا لأن المعالج التدعيمى ، على عكس المحلل النفسى ، كثيرا ما تتاح له

الفرصة لمقابلة أسـرة مريضه ومقارنة مدركاته بمدركـات المريض ، فإنه يستطيع من الناحيـة الفعليـة الاستطراد فى معـالجة الدفاع السـابق ذكره عندمـا يتمكن المريض من التعامل مع أسرته بصورة أكثر واقعية .

إن ما يقـوم به التحليل النفـسى من إزاحة التفـسير من أصـول قديمة إلى وقائع مـعاصرة هو مـا يسميـه لوينشتاين (١٩٥٧) «إعـادة البناء إلى أعلى» . وبالمثل ، فإن «إعادة التفسير إلى أعلى» يمدنا بتفسيـرات غير دقيقة ، ومتفلسفة فى العادة لمواضيع قد لا نستسيغهـا . ولهذه الاستعارة معنى مادى أيضا . ففى رمزية الأحلام ، لاحظ فرويد أن أجزاء من الوجه كالأنف والشفتين ، غالبا ما تمثل رموزا مُزاحـة من الأعضاء التناسلية . ولعل المثـال الذى أوردناه فى حالة سابقة حين نقلنا تفسير رغبة الجنسـية المثلية إلى الحاجة إلى تكوين الصداقات ، من أكثر هذه الأنواع شيوعا .

إزاحة التفسير

يقول المثل إنه مـن الأسلم أن تركل كلبك بدلا من رئيسك ، كـذلك فإنه من الأسلم أن تتحدث عن مـشكلات المرء بإزاحتها (أى بتـغيير موضـوعها) ، ويستطيع المعالج الاستفادة من مثل تلك الإزاحة بطرق كثيرة .

المناقشـة بالنيابة أمر مـألوف لدى جمـيع المعالجين باعـتبـارها استـخدام موضوعات شخصية لها علاقـة بحالة المريض المرضية . فمرضى الذهان يستطيعون الكلام عن العنف والعدوان المرتبط بالأحداث الجارية والتى تتضمن دائما خليطا من الحروب و / أو الرياضة . وهذه المناقشات المزاحـة قد تكون تنفيسا فى حد ذاتهـا . ولكـن المعـالج يسـتطيـع الذهاب إلى مـا هو أبعـد من ذلك بربط الموضوعات الخارجية بمشاعر ومخاوف المريض ، كأن يقول مثلا «إنه عالم مخيف ، بكل حروبه» أو «من الممتع حقا أن تكون شهيرا مثل نجوم الكرة هؤلاء» .

التعميم أو الشمول يخدم إزاحة التفسير من شخص بعينه - المريض فى العادة وليس دائما - إلى الجماعة ككل .

حالة

مريض على وشك الخروج من المستشفى والعيش فى المجتمع ، يدعى أنه ليست لديه مشكلة على الإطلاق أو قلق بشأن ذلك الأمر ، إلا أن المعالج يحس بغير ذلك ويريد استكشاف الموضوع . فيقول «يجد الكثير من المرضى صعوبة فى ترك المستشفى بعد الإقامة فيه مدة طويلة» . فيجيب المريض ؛ بوصفه خبيرا فى الانتقال من المستشفى إلى المجتمع «صحيح أن بعض المرضى يقلقون بخصوص الحياة خارج المستشفى . انظر إلى آرثر هناك . . . لقد خرج منذ أسبوعين فقط ، ولكنه سرعان ما عاد . المسألة أن الواحد منا يتعود على روتين الحياة فى المستشفى ، ففيه من تستطيع لعب الورق معه . يحتاج الأمر من سنة إلى سنتين حتى تتعود على الحياة هنا ليلقوا بك بعدها إلى الشارع» . وهكذا ، بدأ المريض دون أن يشعر بأنه قد غرر به أو استدرج فى الحديث عن مشاكله بصراحة .

وكان بإمكان المعالج صياغة سؤال مشابه أكثر شخصية وأقل حسما ، كأن يقول «ألا تعتقد أنه من الصعب على المريض أن يغادر المستشفى ؟ أو كان باستطاعته تحويل الجملة الخبرية إلى سؤال مفتوح «هل يجد المرضى صعوبة فى مغادرة المستشفى ؟» .

كذلك يمكن **تحويل أو إزاحة التفسيرات** إلى شخص آخر بالذات ، وهى فنية تتبع كثيرا فى العلاج النفسى الجمعى ، حين يؤمل أن بقية الجماعة سيستفيدون عندما نركز على مشكلات أحد الأعضاء . ويمكن الاستفادة من مثل هذه الفنية فى العلاج الفردى . فلقد وجدنا دائما أنه من المفيد مناقشة القصص المنشورة فى الصحف عن المرض العقلى أو إدمان المخدرات الذى يصيب مشاهير المجتمع . كما أنه يمكن استخدام شخصيات مجهولة مثل «كان لدى مريض فى العام الماضى يحرجه أنه لا يعرف القراءة ، ولكنه انضم إلى

برنامج لمحو الأمية وقد تقـدم الآن» . ومن سوء الحظ أن هذه الأمثلة قد توقظ القلق فى نفوس المرضى بشأن الحفاظ على السرية حتى لو كانت مجهلة تماما .

واستجابة المريض إلى التفسيرات المزاحة يمكن أن يساعد كثيرا فى المناورات العلاجيـة المقبلة . فلو أن المريض فى الحالة السابقة نسب فـشل آرثر فى الحياة فى المجتمع إلى عيب فيه أو فى نظام الرعاية الصحية لكان للأمر دلالة خاصة .

تفسيرات الدفاع

تحدد الدفاعات وتفـسر من حيث علاقتها بالمخاوف والرغـبات اللاشعورية الخفية فى العلاج الدينامى . ويتعلم المريض من تلك العملية - شعوريا ولا شعوريا وانفعاليا ومعرفيا - أن لديه بعض الدفـعات لا تقوم بوظيفتها على ما يرام . أى أن هذه الدفاعات قد استنفدت مدة صلاحيتها ، وأنها تخلق من المشكلات أكثر مما تحل . وتفسير الدفاعات هنا يشمل ذلك النوع الـدينامى وكذلك التفسيرات التى تقوى وتعدل الدفاع المعنى أو تحل دفاعا آخر مكانه . وتركز بعض أنواع العلاج على تفسير الدفـاعات كهدف دائم . ولكن فى العلاج التدعيـمى ، قد يقرر المعالج أن المريض سيستفيد أكثر من آلية دفـاع معينة مثل التفلسف أو الاجتهاد العقلى INTELLECTUALISATION ، أو التسامى ، أو التبـريـر ، أو القمـع ، أو الفكاهة . وهكذا ، قـد يفسر الأفكار الإيمائيـة أو الضلالات بطريقـة تجعل المريض يحل التفلسف محل الضلالة أو الفكرة الإيمائية .

والمنطق وراء تفـسيـر الدفاعـات التى من هذا النوع ، يجب أن يفـهم فى ضوء باثولوجية المريض والتى عادة ما تكون امتدادا للدفاعات المختلة . ويؤدى التفلسف مثـلا إلى تخفيف قلق المريض ، بينما قـد يدعم بث الأمل فى نفسه الإنكار بصـورة غير مـباشـرة . بل إن الضلالات يمكن تناولهـا فى كثـير من الأحيـان كدفاعات ينظم عن طريقـها المريض الوقائع العـقلية المخيفـة والمدمرة الناشئـة عن الأساس البيولوجى لمـرضه . ولكن الأساس البيـولوجى لا يحدد محتوى الضلالة كما نعلم ، وإنما ينشأ ويصاغ استجابة لذكريات المرء والعوامل

الحضارية . وتكون السمات الشخصية البينية متأصلة فى أغلب الأحوال ، ولكنها فى الوقت نفسه امتدادات نمائية لأنماط من سلوك المجابهة الذى يعكس رعاية غير كافية أثناء الطفولة وعدم الاتزان الانفعالى . ونتمكن من خلال العمل الشاق والدقيق والمضنى من تشكيل أو تعديل كل من الضلالة وسمات الشخصية المتأصلة بحيث تصبح أقل إزعاجا لحياة المريض مع احتفاظها بوظائفها الدفاعية فى الوقت نفسه .

وهناك نوع خاص من الدفاعات يمكن أن نسميه **فك الارتباط** UNLINKING . وهذه الطريقة تسمح للمريض بالاحتفاظ بدفاع معين ، بينما تتغير الأفعال والتصرفات الناتجة عنه . فقد ذكرنا فى الفصل ١٣ مثلا أن مريضا سمح له المعالج بالاحتفاظ بدفاع معين (إنكار المرض) بينما يقوم بأفعال محظورة أصلا بحكم الدفاع ، مثل كتابة وصية . وبالمثل ، فإن تقديم دفاعات معينة (مثل التفلسف القائل بأن الطرق كانت زلقة ومن ثم لم يمكن تجنب الحادث) يجنب الشخص رد فعل اكتئابى (مثل ، «لقد أصبت شخصا ، ولذا فأنا إنسان سيء») .

بل إن الدفاعات يمكن تفسيرها بدفاعات أخرى ، ومثل هذه التفسيرات الدفاعية المزاحة أو المحولة قد تشمل تفسير سلوك التعاظم والتعالى (وهو دفاع ضد الإحساس بهوان الشأن) بأنه يمثل حاجة الفرد إلى الاعتراف بمكانته ، أو أنه نوع من الانتقام الشخصى ضد النظام كمحاولة للإصلاح السياسى . وعادة ما يقصد بهذه التفسيرات أن تكون حالة انتقالية تفيد فى تحديد الاحتياجات الكامنة التى يمكن بعد ذلك تناولها بشكل أكثر فعالية .

الاستعارة والتشبيه

الاستعارة أسلوب بيانى نحل فيه موضوعا محل موضوع آخر بشكل رمزى غير واضح . **والتشبيه** أسلوب بيانى آخر نقارن فيه بين شيئين بشكل واضح وصريح . ونحن نستخدم هذين الأسلوبين كأساس لمجموعة أخرى من التفسيرات التى لها استخدام خاص فى العلاج التدعيمى (برلين وآخرون ١٩٩١) .

فالاستعارة هى شكل آخر من التفسير التحويلى ، فهى خطوة فيما بعد التفسير الصاعد ، حيث تكون الرسالة الحرفية خافية غير ظاهرة ؛ وبالتالى تكون فعالة بسبب هذا الخفاء .

تسنح للمعالج فرص عديدة لقص القصص والحكايات على المريض الذى يعالج بالتدعيم . فمن الأساطير إلى القصص الدينية والروايات والحكايات التاريخية والمسلسلات الكوميدية . . . . إلخ ، يستطيع المعالج استخراج الأمثلة العديدة لوصف أو شرح ورطة أو أزمة المريض . وتتناول قصص الساحرات مثلا مشكلات عالمية ومواقف شائعة بين البشر ومشاعر بدائية وأزمات وجودية ، كما تسمح بالتوحد مع شخصياتها الرئيسية (بتلهايم ١٩٧٦) . بل إن «الكشف غير الحقيقى» عن شخصية المعالج أو أصدقائه يمكن استخدامه ، شريطة ألا يتضمن بطبيعة الحال إفشاءً للأسرار المؤتمنة .

ومن الممكن أن نفسر معتقدات المريض نفسه بشكل استعارى ، فقد يوافق المعالج المريض على أن معتقداته ذات أهمية بل وربما قد تكون صحيحة إلى حد ولكن بشكل مجازى أو استعارى فقط . ويستخدم بعض المعالجين الأمثال والحكم الشعبية أو يمدون مرضاهم بموضوعات استعارية (يمكن أن تمثل حاجات المريض) . ولكن يجب أن يحذر من استخدامه الأمثال الشائعة التى بليت من كثرة الاستخدام مثل «لا تبك على ما فات» (عندما يروى المريض مأساته) ؛ إذ إن ذلك يجعل المعالج يبدو متعاليا أكثر من كونه متعاطفا . لذلك ، نرى عند استخدام الأمثال أن يلجأ المعالج إلى أمثال شيقة و «يفصلها» بحيث تليق بالموقف وبالتالى يستجيب المريض لما تتضمنه من حكمة أو فكاهة (فيرجيسون ١٩٨٣) .

إن فائدة استخدام الرسائل الاستعارية مع المرضى ذوى القدرة على التجريد تُعزى إلى قدرة الاستعارة على مخاطبة لا شعور المريض متخطية بذلك دفاعاته ضد النقد المباشر أو فرض الرأى . وهو ما يعجز عنه من يستخدمون التفكير العيانى لاحتمال عدم استيعابهم للمعانى الرمزية ؛ لذلك نشرح لهم المعنى العام للقصة . واتباع هذا الأسلوب مع من يستطيعون التجريد قد يشعرهم بأن

المعالج يتعالى عليهم . وقد اتضح لنا أن ذوى التفكير العيانى من المرضى يدركون القصة بشكل شعورى على أنها حكاية وليست نقدا .

إن استخدام الأدوات الاستعارية أو الأدبية عالية المستوى يتطلب معالجا ماهرا فى ذلك النوع من الموضوعات . ويمكن لمن يريد التعمق فى هذا الأسلوب أن يزيد من قراءاته المتخصصة فيه . ومع ذلك ، فعلى كل معالج أن يكون حصيلته الخاصة من الاستعارات والتشبيهات التى يستخدمها فى عمله ، وعليه أن يلاحظ أيها يصلح للحالات المختلفة .

تفسير الأحلام

تمثل الأحلام وتفسيرها مشكلة بالنسبة إلى المعالج التدعيمى ؛ إذ إن تفسير الأحلام قد يستدعى تأويل محتوى الحلم الظاهر إلى محتواه الكامن ، ويتضمن هذا الأخير الرغبات والتمنيات المحظورة ، وقد يكون تقديم مثل هذه التفسيرات للمريض غير ملائم . ويفضل معظم المعالجين التدعيميين تحويل نظر المرضى العقليين المزمنين عن الأحلام . وهو الأسلوب الصحيح . فإظهار الاهتمام بالأحلام وإنفاق الوقت فى تفسيرها يؤدى من خلال التعزيز إلى زيادة ذكر المريض لأحلامه . ولذلك ، يستحسن فى هذه الأحوال استخدام تفسيرات غير دقيقة تصرف نظر المريض عن عملية الحلم نفسها بأن يشير المعالج إلى صعوبة تفسير الأحلام وقيمتها المشكوك فيها بالنسبة إلى حياة المريض . ومع ذلك ، فإن فى العلاج التدعيمى لبعض المرضى أو لكل المرضى من حين لآخر قد تروى الأحلام وتفيد العلاج ، كما أنها قد تمثل رسائل مهمة للمعالج .

والأحلام فى النظرية الفرويدية ، تمثل محاولات للتعامل مع رغبات طفلية لا شعورية ، تتخفى بواسطة التكثيف والإزاحة والصياغة الثانوية . إلا أن الكثير من أحلام مرضى العلاج التدعيمى ، تنتمى إلى نوعية أحلام القلق التى كانت مشكلة لفرويد . فبعض هذه الأحلام يمثل فشل الحالم فى إخفاء الرغبة المرفوضة مما يشيع القلق فى الحلم نفسه . بينما يبدو أن أحلاما أخرى تمثل

تكرارا قسريا للأحداث الصادمة كمحاولة للتمكن من وقعها اللاحق وغير المتوقع على الحواس . والنوع الأخير من التفسير - أن حلم المريض هو محاولة للسيطرة على المشكلة - أكثر جاذبية من الحديث عن الرغبات غير المقبولة .

كما أن الأحلام الشهوية الواضحة عن المعالج ، قد تظهر كاستفسارات أو محاولات مقنعة لإغرائه أو مخاوف . ويجب على المعالج فى تلك الحالات ألا يدين المريض بل أن يستجيب بشكل واقعى بتفسيرات صاعدة مؤداها أن تلك الأحلام تمثل رغبة فى التقرب من المعالج . دون حدوث اتصال شهوى بالطبع .

وإذا استطاع المعالج أن يحتفظ بسجل لكافة أحلام المريض فيما بين الجلسات ، فإنه بذلك يجمع ملخصا صغيرا لعمليات الأخير الدفاعية . وكما يعلم كافة المعالجين فإن سرد الأحلام شيئا لا يمكن الاعتماد عليه لكثرة العوامل التى تتحكم فى كبت ونسيان واسترجاع مادة الحلم . ويمثل سرد الأحلام لدى أصحاب القدرة على التفكير المجرد تقدما مطلوبا فى الطرح . أما فيمن هم أقل قدرة فإن العكس هو الصحيح ؛ إذ قد تمثل الأحلام بعثا أو إحياء لمادة مكبوتة . وقد تخبر الأحلام المعالج فى كلتا الحالتين بوجود أشياء مهمة لا يجب إشراك المريض فيها ، مثل إظهار المعالج لسادية أو إغراء مكشوف أو ما يُدرك على هذا النحو بواسطة المريض على الأقل . وهكذا ، فإن أحلام المرضى فى المراحل المبكرة من العلاج ذات أهمية خاصة ؛ لأنها قد تمثل مشكلات يحتمل ظهورها وذلك قبل استتباب العلاقة التدعيمية واستقرارها .

حالة

سردت مريضة فى العشرينيات من العمر (المقارب لعمر المعالجة) تعانى من اضطراب الشخصية البينية ، فى الأسبوع الثالث من العلاج ، حلمًا رأت فيه من الخلف شخصا يرتدى معطفا يشبه ما يرتديه المخبرون السريون ، ويبدو أنه أنثى ويشبه المعالجة إلى حد ما . ولما كان التحالف العلاجى لا يزال غير مؤكد فى تلك المرحلة ، قامت المعالجة باستكشاف

التداعيات . هل المعطف يعنى أن المريضة تعتبـر المعالجة مخبرا سريا ينبش عن الأسرار الخاصـة بجرائم المريضة ؟ ولماذا تبـدو المعالجة / المخبـر تسير بعيدا عن المريضة ؟ هل يرجع ذلك إلى أن المريضة تريد خروج المعالجة من حيـاتها ؟ وترد المعالجة وهى تطمـئن المريضة ، أنه من الطبيـعى أن يظهر لديها مثل هذا الفضول وتلك الرغبات . وتـستخدم العلاج كمنصة تنطلق منهـا المناقشـة ، ولكنها لا تسـتكشف الإمكانات الأخرى مـثل المشـاعر الجنسية الخـاصة بالمريضة أو تمنياتهـا لو كانت المعالجة ذكـرا . وقد لخصنا الخطوط العامة لتفسير الأحلام فى العلاج التدعيمى فى الجدول التالى :

جدول (٤ - ٦) ملخص الخطوط العامة لتناول الأحلام فى العلاج التدعيمى

لابد من الانتباه للأحلام فى بداية العـلاج لما تمثله من المظهر المبدئى للمعالج من وجهة نظر المريض ، وتوقعاته الأولى ومخاوفه .
استخدم التفسيرات الصاعدة للأحلام وعملياتها .
لا تكافئ سرد الحلم إلا إذا كنت تريد سماع حلم آخر .
يخبرك سرد الحلم بشئ عن عملية الطرح .
تفسير الحلم قد يكشف الكثير عنك لا عن المريض .
الحلم قد لا يكون حلمـا بل طريقة المريض فى التـعبير عن رغـباته وخيالاته أو هلاوسه .

إزاحات أخرى : التخريج ، الإسقاط ، والإسقاط المضاد

إلقاء اللوم عـلى الآخرين دفاع لا يؤدى الغـرض منه ، وهو دفاع فـاسد كثيرا ما يسـتعمله المرضى المصابون باضطرابات الشخصيـة . ويتضمن الإسقاط

إسناد الأسباب أو المسئولية عن تصرفات الفرد للآخرين . وقد يكون هذا الدفاع واضحا ظاهرا ويخدم أغراض صاحبه مثل :

«لقد تركوا باب السيارة مفتوحة ؛ ولذلك سرقتها» أو قد يحقر الذات بصورة خفية مثل «لا أستطيع العمل ؛ لأن أحدا لا يحبنى» . ويستلزم العمل مع إلقاء المريض اللوم على الآخرين حساسية فى التناول ؛ إذ غالبا ما يحتاج المعالج إلى استبدال تخريج بتخريج EXTERNALISATION آخر بدلا من القضاء على الآلية الدفاعية برمتها . مثال : الشخص الذى يقول «لا يحبنى أحد» قد يقرر ذلك كسبب لفشله فى عمله ، فإذا استطعنا إيجاد سبب آخر للفشل مثل وجود مدير لا يقدره حق قدره ، فقد يستطيع المريض تجاوز الفشل وإعادة المحاولة .

ويستطيع المعالج أن يستخدم **الإسقاط** كتفريغ للتفسير التحويلى ؛ إذ قد يحتاج إلى أن يوافق على وجود بعض الصدق فى إسقاطات المريض البارانويدى طالما كانت لا تخل بأدائه لوظائفه كأن يقول «حقا ، إن الشوارع خطرة جدا فى هذه الأيام» . بل قد يستطيع المعالج إما استخدام إسقاطات واستدماجات INTROJECTIONS حميدة كالتى تلقى مسئولية مشكلات المريض على أسرته (أى تكوينية مزيفة) أو على المرض نفسه (أى بيولوجية مزيفة) . (روكلاند ١٩٨٩) .

أما **الإسقاط المضاد** ، فهو فنية متقدمة تذهب بالأمور إلى أبعد مما ذهب ؛ حيث يقول المعالج للمريض «إن الأمور أسوأ مما تتصور» . وهنا ، يقوم المعالج – دون الموافقة على ما يقوله المريض رسميا – بالتوسع فى الضلالات أكثر مما يفعله المريض شخصيا . إن تلك المحاولة لا تناسب إلا المعالج الماهر الذى يدخل عالم المريض الذهانى ليقوده من خلال التواصل الإمبائى إلى خارجه .

حالة

يظن مريض متوسط العمر أن هناك عضوا معينا بالكونجرس فى لجنة الشئون المالية يسيطر على النظام العسكرى والاقتصادى فى العالم كله .

فلا يناقش المعالج هذا الأمر ، ولكنه يقول «إن هناك بالفعل أشخاصا ذوى نفوذ فى الكونجرس ، ويبدو أن ذلك يضايقك (وهذا قريب من الحقيقة) ثم يستطرد المعالج : أنا لا أعلم كثيرا عن هؤلاء السياسيين ، ولكن ربما يكون لهم نفوذ وسيطرة أكثر مما أعلم (إسقاط) بل ربما يسيطرون على هذا المستشفى أيضا (إسقاط مضاد) فما رأيك ؟

حالة

مريضة بالفصام تعمل بائعة فى محل ، تأسى وتندب حظها حيث إن أخاها دخل الجامعة ، بينما المريضة لم تدخلها . فيقول المعالج «وكونك مصابة بالفصام ، وهو يشبه الإصابة بالسكر (إسقاط مضاد حميد) فهو ليس ذنبك . صحيح أنه سيحد من نشاطك نوعا ما ، ولكننا سنحاول بذل جهدنا لتدبر الأمر . وعلى أسرتك أن تتفهم هذا الأمر ، ويجب أن يتوقفوا عن نقدك ومطالبتك بما يفوق طاقتك . ولا عجب أنك تشعرين بالضيق فى معظم الوقت (إلقاء اللوم على أشياء خارجية) .

إن إجراء مقارنة بين المرض النفسى ومرض السكر يستدعى أحيانا الذهاب إلى أبعد مما نفعله مع مرضى الفصام . فمثلا عندما نتعامل مع متعاطى المخدرات ، من المهم أن نبين للمرضى ضرورة تجنب أى كأس أو قرص أو غيرها حتى لا تحرك اشتياقه للمخدر .

وبالرغم من تحفظاتنا حول استعمال تلك الفنية ، فإن استخدام المرض العضوى فى التشبيه كثيرا ما يحرر المريض وأسرته من الإحساس بالذنب عند إصابة الأول بالمرض العقلى ، كما أنه يبرز أهمية ضرورة استعمال العلاج المناسب . ولكن علينا ألا نستخدم هذا التشبيه كذريعة للاتكالية والخمول والفشل . وينقل المعالج للمرض الذى يقول «أنا مريض عقلى ؛ ولذلك لا أستطيع مساعدة نفسى» الرسالة التالية «نعم أنت مصاب بمرض عقلى ، ومع ذلك عليك أن تتصرف بمسئولية ، وأن تبذل الجهد لتحصل على المساعدة التى تمكنك من السيطرة على المرض» .

أساليب توضيحية متنوعة

هناك أسلوبان آخران لم نذكرهما ولكنهما يستحقان الذكر : أولهما **قصة الحياة بالأسلوب الدينامي** الذى قدمه فيدرمان (١٩٨٣) ، وهو أسلوب يرمى إلى تنمية الإحساس بالمسئولية عن الواقع الراهن . فيقص المريض قصة حياته وتكون هى نقطة البدء فى الفهم المتعاطف للموقف . وفضلا عن ذلك ، فإن تمعن المريض فى قصة حياته يعطى فرصة للتكامل بين المعنى والاتجاه .

أما الأسلوب الثانى ، فهو **خلق انشطار فى الشخصية** الذى قدمه (إرموتلو ١٩٧٧) . وفيه تعزى صراعات المريض إلى وجود جزأين فى نفسه ؛ أحدهما «مريض» والآخر «سليم» . ويمر العلاج بثلاث مراحل : التوحد ، والرفض ، والتنظيم . ففى المرحلة الأولى ، يتوحد المريض كلية بالجانب «المريض» . وفى المرحلة الثانية ، يتعلم المريض أن يتوحد بشكل أوثق بالجانب «السليم» أو الناضج ويرفض الجانب «المريض» . وتُقدم تفسيرات مزدوجة بالطريقة التى اقترحها إرموتلو أو على نحو يخلو من الأحكام القيمية كأن يقول المعالج «يبدو أن جزءا منك ما زال يرغب فى البقاء فى المنزل ، بينما يريد الجزء الآخر الرحيل» .

الفصل الخامس

قواعد الطريقة التدعيمية :

التدخلات التوجيهية

نتعـرض فى هذا الفصل لنوع ثان من فنيـات التدعيم ألا وهو التـدخلات التوجيهية (انظر الجدول ٥ - ١) . فالنصح والإيحاء والتوجيه والإرشاد والأمر أو الحظر لشخص آخر يحـمّل المرء مسئولية خطيرة . وهى مـسئولية يجب أن تستند إلى أساس من ثقة المريض ، وكذلك معرفة أن إسداء النصح إلى شخص آخر هو أفـضل من ترك المريض يخـوض تجربتـه وحده . ويثـير ذلك مـسألة أخلاقيـة - مثل فرض بعض القيم على العلاج - سنـتناولها فى الفصل ١٨ . ولكننا ، هنا ، سنفترض أن التدخـلات التوجيهية لها ما يبـررها بوصفها جزءا من الخطة العلاجية .

فمـثلا إذا طلب من مـريض ،فى حالة شـديدة من التعـاسة ، بعـبارات واضحة أن يهاتف المعـالج قبل أن يشرع فى تنفيذ خطة انتـحارية ، فإن المعالج هنا يتصرف بوحى من مصلحة المريض ؛ إذ إن الغرض المتفق عليه بين الطرفين فى العلاقة التدعيمية بينهما هو منع الانتحار . وكذلك ، فإن مثل هذه التدخلات التوجيهـية فى الحالات الأقل إلحاحا إنما تحكمها قواعـد تلبية أهداف العلاج . فالكثـيرون من مـرضى العلاج التـدعيمى ، بمـا يعانونه من قصـور فى الحكم والدافعية لا يمكن أن نتوقع منهم التـصرف وفق إرادتهم الخاصة ، فيجب على المعالج أن يعاون . والمنطق الذى يتبع هو : قَدّم للمـريض ما يحتاجه عندما لا يستطيع أن يسد هو هذا الاحتياج .

جدول (٥-١) الأساليب الرئيسية للعلاج النفسى التدعيمى :

التدخلات التوجيهية

الإيحاء .
النصح والإرشاد .
السماح .
التطمين (الجوانب الإرشادية والتشجيعية) .
التوجيه الصريح .
وضع الحدود : داخل العلاج وخارجه .
التحكم فى الوجدانات والاندفاعات .
التربية .
التدريب على المهارات الاجتماعية .
العمل ومهاراته .
إعادة بناء المعارف/ التعلم السلوكى والخبرى .
التشكيل والتوحيد مع المعالج .
الواجبات المنزلية .
التحويلات والبدائل والتدخلات المتناقضة .
تعزيز السلوك المرغوب .
تقديم الأدوية وغيرها من علاجات طبية نفسية .

معنيان للإيحاء

وفقا للمعنى الأول ، يستطيع المعالج أن يقترح ، أو يوحى إلى المريض ، أساليب جديدة ، وأنواعا جديدة من السلوك أو الأنشطة تلبى حاجاته مثل « هل فاتحت والدتك بشأن شراء جهاز تليفزيون جديد ؟ » ، « هل اتصلت بالوكالة التى أعلنت عن طلب موظفين ؟ » . مثل هذه الاقتراحات ليست أكبر من نصائح حذرة . ولكن ، هناك معنى آخر وهو الإيحاءات التى تصل لاشعوريا ، كما هو معلوم لنا فى التنويم . ويستطيع المعالج أن يوحى بأن الأعراض الجسمية ستزول كما يحدث كثيرا فى الشلل الهيستيرى: « إن هذا النوع من الضعف الذى تعانيه يزول عادة من تلقاء نفسه خلال شهر ، وسنستمر بالطبع فى علاج حالتك ومتابعتها خلال ذلك » . ومثل هذا الإيحاء لا يكشف الغطاء عن الصراع اللاشعورى المفترض والذى أدى إلى هذه الأعراض التحويلية ، ولكنه يفتح طريقا أمام المريض للتحسن دون الشعور بالحرج . وكذلك ، فإن المعالج قد يوحى إلى مريضة أخرى أن قلقها الذى نشأ من تسلمها عملاً جديداً ، سيذهب غالبا من تلقاء نفسه بعد أن تتعود على محيطها الجديد ، أو أنها ستجده أكثر إمتاعا بعد أن تتعود على روتين العمل . وتؤدى مثل هذه الإيحاءات إلى نتيجة بسبب ظاهرة «الطرح» وبسبب الاتجاه الصحى التكيفى الذى تغرسه . ولا يجب أن نقصر الإيحاء على من هم قابلون للاستهواء أو منخفضو الذكاء ؛ لأنه يعمل بنفس الفعالية مع المكتئبين والقلقين من المرضى فى المستشفيات والعيادات . فلا يجب على المعالج أن ينسى أبدا أن لديه السلطة ليغرس الأمل الواقعى والثقة فى نفوس المرضى ولكى يطرد اليأس والتشاؤم . ويجب أن نذكر ، هنا ، أيضا أن التطمين الذى أوردناه فى الفصل (٤) باعتباره فنية للتبيين يشمل أيضا الجوانب الإيحائية بالمعنيين .

النصح والإرشاد

قد تكون **النصيحة** أكثر وضوحا وتوجيها ، ومصدر فائدة كبرى للمرضى الذى لا يستطيعون اتخاذ قرار سليم فى مصلحتهم . ولكنها تحمل فى طياتها

تناقضا : فالمرضى الذى لايحتاجونها هم الذين يطلبونها ، بينما من يحتاجونها يقاومونها . ومثال ذلك ما يورده مريض من أن العمل يسبب له مشكلات حادة ويعلن أنه سيتركه فورا . وخـلال الوقت المتاح فى الجلسة ، يتعين على المعالج استكشـاف الموقف : تفاصيل الواقعـة ، مدى حساسـية المرض لنقد مشـاعره الخاصة تجاه المشرف عليـه ، وهكذا . ولكن الوقت لن يسمح بذلك ، فيضطر المعالج إلى ترك الأمـر بلا حل (مع احتمـال قيام المريض بتـرك عمله) أو أن يتخذ موقـفا . ويستطيع المعالج طبعا أن يؤجل الأمـر أو يعطى المريض موعدا إضافيا لمنـاقشة المسألة . ولكن إذا أحس المعالج أن ترك المريض لعمـله سيعوق علاجه ، فـيمكنه تقديم نصيحـة حريصة مصوغة بـعناية لإنقاذ الموقف تخرج المريض من تردده وتوجهه الاتجاه السليم .

السماح أو إعطاء الإذن شكل مفيد من أشكال النصح ، فـمثلا قد يرغب المعالج فى السماح لمريضة بالقلب بأن تترك عملها إذا أحس أنها محرجة من الاعتراف بأن العمل لا يساعدها ، فيقول : « يبدو لى فعلا أن المشكلات قد تفاقمت فى عـملك ، والحقـيقـة أن اهتمـامى بصـحتك الآن يفـوق اهتمـامى بدخلك ، وبالتأكـيد لن أعتـرض إذا رغبت فى ترك العمل . إننى فى الواقع فـخور بك جدا لتحملك العمل لهذه المدة الطويلة» . وبشكل عام ، يستطيع المعالج استخدام أسلوب «السـماح أو الإذن» ليـخفف من واقع التـأثيرات السلبـية ، ولإتـاحة الفرصة للمريض للتعبير عن احتـياجات أو رغبات معقولة ، كأن يقول : « لم تنفق كثيـرا من دخلك هذا العام ، ولا يبدو لى أنه من الإسراف قـيامك بشراء جهـاز تليفـزيون صغيـر» . وكثيـرا ما يجب على المعـالج السمـاح للمرضى بالغضب أو الاكتئاب أو الحزن عند فقدان شئ أو شخص . وفى أحيان أخرى ، عليه ألا يسمح بترك العمل أو الاستسلام أو ارتكاب خطأ ما . ومن الممكن دائما أن نصوغ التوجيهات بأشكال متنوعة ، وفقا لمصالح المريض (انظر الجدول التالى) . إن معرفة أى شكل نستخدمه هى مهارة وفن ، إلا أنها تستند إلى الشرط الذى سبق أن أوردناه : استخدام أقوى الأشكال التى يحتاجها المريض .

التوجيه الصريح

يحتاج بعض المرضى إلى توجيه صريح أو أمر ظاهر مثل «يجب أن تقابلنى الأسبوع القادم ، لقد فوّتّ ميعادين هذا الشهر ولن أسمح بأى تغيب أكثر من ذلك» . وقد «تطفش» مثل هذه الصراحة عددا كبيرا من الناس ؛ لذلك يجب استعمالها بحذر فلا تستخدم إلا إذا كان احتمال نجاحها كبيرا . وكثيرا ما يمكن قصر التوجيه الصريح على المواقف التى يهدد فيها سلوك المريض سلامة العملية العلاجية . وعلى أى حال ، يجب أن يدرك المعالج أن هناك مجالا واسعا لاستخدام التوجيه الصريح مع كثير من المرضى الذين اختلت قدرتهم على الحكم وتدنت مهاراتهم .

جدول (٥-٢) الأوجه الكثيرة لاستخدام التوجيه فى التعامل مع مريض يفكر فى ترك عمله

النصيحة المباشرة	« لا تترك عملك» .
النصيحة الموضوعية	«لابد لك من الاستمرار فى العمل» .
التعميم	«غالبا ما يكون من الأفضل الاستمرار فى العمل فى مثل هذه الظروف» .
الإيحاء	«أعلم أنك تفكر فى ترك العمل فورا ولكننى أرى أن تستمر فيه» .
النصيحة الاحتمالية والمنطبقة على المريض بشكل خاص	«أظن أنك ستكون أحسن حالا إذا عدت إلى محاولة حل المشكلة» .
استخدام المعالج لتأثيره	«فى رأيى أنك تحتاج للبقاء فى ذلك العمل (أى ثق بى وستشكرنى على ذلك مستقبلا)» .
الامتناع عن الإدلاء بالرأى	«لا أستطيع أن أتخذ لك قراراتك» .

الاستكشاف والتفسير	«يبدو لى أنك تريدنى أن أتخذ القرار نيابة عنك» .
السؤال البيانى	«الا تظن أنه من الأفضل الاحتفاظ بالوظيفة والدخل ... أنت فى حاجة إليه» .
السؤال المفتوح	«أتعتقد حقا أنك تريد ترك العمل ؟ وماذا ستفعل بعد ذلك ؟» .
المناقضة المترددة	«أتساءل عما إذا كان ترك العمل الآن فى مصلحتك» .
المناقضة المعارضة	«تستطيع أن تبقى فى العمل إن شئت ولكنى لا أظن أنك ستستطيع ذلك» .
الإذن أو السماح	«لا بأس من ترك العمل إذا شعرت أن ذلك أفضل لك ، أعلم أنك تعرضت مؤخرا لضغوط شديدة» .
التأجيل	«استمر فى العمل قليلا وسوف نتحدث فى الأمر فى الأسبوع القادم» .

وضع الحدود

إن وضع الحدود ، أى الحظر المباشر الصريح غير القابل للمناقشة ، لبعض أنواع السلوك كثيرا ما يكون أمرا لازما فى العلاج التدعيمى . فالعنف أو التحرش الجنسى أو تخريب موقع العلاج قد يحدث إذا فشل المعالج فى التنبه إلى الإشارات والعلامات المنبئة بتصاعد ذلك السلوك أو الاستجابة لمثل ذلك السلوك بطريقة غير ملائمة . كما أن وضع الحدود له فوائد أخرى مهمة ، مثل :

* يمكن استخدامه فى تشكيل سلوك المريض بأشكال أكثر ملاءمة ونفعا .
* تنقل إلى المريض اهتمام المعالج ورعايته له .
* تؤكد حقوق المعالج وضرورة احترام المريض لها .

ومن الأسباب الشهيرة لفشل المعالج فى وضع الحدود ، رغبته فى الحصول على محبة المريض . فقد يحس بحرج إذا ما فرض حدوده للأسباب نفسها التى يحس بها الأب عند الرغبة فى تهذيب سلوك ابنه . ومثل هذا التردد يجب أن يبحث على ضوء الطرح المضاد الذى يحس به المعالج .

والحقيقة أن وضع الحدود كثيرا ما يحسن العلاقة العلاجية جاعلا إياها أكثر أمنا وأكثر قابلية للتنبؤ . كما أنها تدخل الطمأنينة فى نفوس المرضى الذين يعانون من صعوبات فى السيطرة على الغضب البدائى والذين يخشون أن يدمر غضبهم العلاج (آدلر ١٩٨٢) . ويبين وضع الحدود لهؤلاء أن المعالج ليس خائفا ، ولكنه قادر على احتواء سلوكهم . كذلك ، فإن المريض الذى يعلم أن العلاقة لن تتخذ طابعا جنسيا فى أى وقت من الأوقات ، يشعر بالاطمئنان عند تعبيره عن مشاعره الإيجابية أو الاتكالية تجاه المعالج .

ومع إصرارنا على أن وضع الحدود لا يجب أن يؤخره أو يعوقه الخوف من «فقدان الحب» ، فإننا نؤكد أن قدرة المعالج على وضع الحدود تقوى وتتدعم إذا ما سبقتها علاقة إيجابية بين المريض والمعالج . وإلا فإن المريض سيتجاهل تلك الحدود . وفضلا عن ذلك ، يجب على المعالج أن يحاول إعطاء المريض فرصة لممارسة ضبط النفس قبل أن يصدر إليه أمرا بالحظر أو المنع . ويمكن التوصل إلى ذلك بأن نجعل المريض يحس بالنتائج المترتبة على إتيان فعل معين قبل أن نحظر ذلك الفعل .

يجب وضع الحدود داخل العلاج وفى العيادة بحزم : يجب أن يكون المنع حازما وصارما بالنسبة إلى استخدام العنف مع المعالج أو التهديد باستخدامه . فإذا بدأ المريض فى فقد السيطرة على نفسه ، يجب إيقاف الجلسة . وعلى المعالج ترك الغرفة أولا أو طلب المساعدة بعد ترك المريض لها . أما حدود استعمال الألفاظ البذيئة فأكثر مرونة ؛ إذ لكل معالج أسلوبه الخاص فى التعامل مع ذلك الموقف . ومن المهم إدراك مدى تحمل المعالج للألفاظ البذيئة وما إذا كان

ذلك التحمل له فائدة علاجية . كما يجب التمييز بين البذاءة التى تمثل **بديلا** للفعل من تلك التى تشكل **مقدمة** للعنف . فقد تكون الحدود مرنة فى الحالة الأولى ، أما الثانية فمحظورة تماما .

قد تكون الحدود خارج العلاج مرنة أيضا : فى استطاعة المريض أن يخرق الحدود الموضوعة على المواقف الخارجية والتحدث عن انتهاكه لها بصراحة . ويصعب عليه ذلك إذا كان المعالج بالغ التشدد بالنسبة إليها . ومهما كان الأمر ، فإن الحظر التام يجب أن يظل ساريا بالنسبة إلى العنف والأفعال التى تهدد حياة الآخرين . ويعتمد وضع الحدود خارج العلاج على استجابات المريض وحاجاته . فبعض المرضى يستجيب للحدود بطريقة مدمرة للذات ، بينما يحس البعض الآخر بالاطمئنان والثقة . وعندما يقرر المعالج أن يضع قيودا مثل ترك العمل أو حظر هجر الزوجة أو الأسرة أو حظر تعاطى المخدرات أو المسكرات أو حظر المشاجرات ، فإنه يضع نفسه موضع القيد الخارجى بالنسبة إلى المريض . وكما يوضح لامد (١٩٨٢) فإن المريض قد ينصاع للقيود إرضاء للمعالج ، ولكنه يقوم فيما بعد باستدماج الحدود عن طريق التوحد مع المعالج . كما أن الالتزام بالحدود يشعره بالكفاءة والسيطرة .

وفيما يلى قائمة بما يجب أو لا يجب أن يقوم به المعالج بشأن وضع الحدود :

* يجب أن يميز بين الحدود المطلقة (أى غير القابلة للتفاوض) والحدود النسبية (أى القابلة للتفاوض) للعلاج ، كما يجب توضيح أسباب ذلك التمييز للمريض .
* يجب نقل الحدود إلى المريض بوضوح باللفظ وغير اللفظ . ويجب تقديم القيد الجاد بصورة جادة بدلا من تقديمه كمجرد قاعدة .
* على المعالج عدم توصيل رسائل متناقضة للمريض (كأن يحظر شيئا بواسطة اللفظ ويشجعه فى الوقت نفسه بالتعبير غير اللفظى) . فلابد

من اتفاق الرسـائل اللفظية وغيـر اللفظية . فلا يجـوز مثلا أن يـتسم المعالج وهو يقول للمريض «لن أتقبل مطلقا تعاطيك للمخدرات» .

* يجب فحص مـضمون الطرح المضاد المتـصل بوضع الحدود بعناية (هل مصدره رغـبات عقابية أم تسلطيـة لدى المعالج ؟) أو الفشل فى وضع الحدود (مـثل التكوينات العكسيـة أو المبالغة فى اللطف أو الرغـبة فى إظهار التسامح أو حاجة المعالج إلى أن يحبه المريض) .

* لا تفترض أنه يكفى أن تـذكر الأمر للمريض مرة واحـدة ، صحيح أن بعض الوسواسيين أو الاتكاليين بشكل مبالغ فيه يستجيبون فورا للقيد المفروض أو يبالغون حتى فى الانصيـاع له ، إلا أن معظم المرضى الذين يحتاجون إلى وضع الحدود يجدون صعوبة فى الالتزام بالحدود التى وضعت لهم . لذلك ، على المعالج التحلى ببعض الصبر عند عدم الالتزام بمعظم الحدود .

* يجب أن تتـمعن استـجابات المريض لوضع الحـدود ، وأن تكون على استعداد لتغييرها . فمثلا إذا اعـتُبر الحد أو القيد نوعا من العقاب فيجب النظر فى احتمال عدم لياقته أو إمكان تغـييره . ويمكن للمعالج تفسير ذلك التغيير بأن فهمه للمريض قد تغير وأن مبرر فرض الحد المعين لم يعد قائما .

* لا يجب وضع الحدود المخـتلفة بصـورة اعتبـاطية لمرضى مـختلفين فى جمـاعات أو فى الـعيـادة الخارجيـة ؛ إذ سرعـان ما يكـتشفـون هذه الاختلافات وسيكون عليك القيام بتبريرها .

* لا يجب أن تتولى مسئولية وضع الحدود عندما تكون من اختصاص شخص آخر . وكثيرا ما ينشأ هذا الموقف عندما يكون للمريض أكثر من معالج أو معالجين نفسيين وآخرين يقومون بوصف الدواء . فلا يجوز أن يقول الطبـيب الذى يصف الدواء للمـريض إنه يكثـر من الاتصال بالمعـالج النفسى ؛ لأن ذلك من اختصاص الأخير . وقد يجوز للمعالج الدوائى استكشاف هذه المسألة ، ولكن لا يجوز له وضع حدود لها .

إن وضع الحدود يعنى أنها ستخضع للاختبار : يقوم المرضى من نوعيات تشخيصية مختلفة باختبار الحدود (أى اختبار مدى جديتها) لأسباب مختلفة . فمريض الهوس يُقدِم على ذلك بسبب اختلال سلامة حكمه على الأمور وتضخم تقديره لذاته ؛ والمريض البينى لأنه يبحث لاشعوريا عن أب لا حدود لتسامحه . إن كليهما يحاول باستمرار وبمهارة بالغة اختبار تمسك المعالج بالحدود . كما يميل المعالجون ، ولاسيما فى بداية العلاج ، إلى المبالغة فى توفير الراحة للمريض حرصا منهم على خلق التجاوب . وبداية العلاج ، فى واقع الأمر ، هى المرحلة التى يستكشف فيها المعالج المريض والعكس . وقد تكون الحدود مطمئنة مثلما يمكن أن تبعث على الضيق . ويكتشف معظم المعالجين أن المرضى يقدرون تلك الحدود حق قدرها حتى لو عارضوها أو تبرموا منها فى البداية . وتشمل تلك الحدود مواعيد الجلسات ومدتها . فيجب على المعالج أن يبدى شيئا من التساهل حيالها (مثل التأخر فى الحضور) ، ولكن عليه أيضا أن يخلق انطباعا محددا ومتسقا بشأن هذا التساهل والمدى الذى يتقبله .

التحكم فى الانفعالات والاندفاعات

يتعين على المعالج بالإضافة إلى وضع الحدود ، تزويد المريض باستراتيجيات للتحكم فى الانفعالات والاندفاعات . فالمرضى الاندفاعيون غالبا ما تسيطر عليهم انفعالات مؤلمة من الضجر أو الغضب . وتتجلى الاندفاعية فى أنواع من السلوك مثل ، ترك العمل ، تعاطى المخدرات ، والمشاجرات العائلية . ويعتمد العلاج الملائم على المستوى الراهن لاستبصار المريض . فبعض المرضى يكون فاقدا للاستبصار حرفيا ؛ أى أن اتخاذهم للقرارات يكون خاطئا أو مختلا بصورة كاملة ، فيحتاج لهذا السبب إلى توعيته بأنه يعانى من مشكلة . وقد يستفيد هؤلاء عند إثابتهم لفظيا على تحكمهم فى اندفاعاتهم . أما البعض

الآخر فيدرك مشكلته وعواقبها ، ولكنه غير قادر على السيطرة عليها . والخط الذى نتبعه مع هذه الفئة مختلف ؛ إذ نقوم بتعديل العمليات التى تؤدى إلى توليد تلك الانفعالات . ويمكن تلخيص استراتيچيات التعامل مع السلوك الاندفاعى فيما يلى :

* الإسهاب فى توضيح النتائج المؤذية والمدمرة للذات للسلوك الاندفاعى .
* قارن بين النتائج المدمرة للذات وبين ما يقابلها من حوافز قوية .
* لاحظ أن الاكتفاء بإدانة سلوك المريض تزيد من إحساسه بانهيار تقديره لذاته .
* تناول وتعاطف مع الانفعال الذى ولد الاندفاعات .
* ابحث عن أساليب أكثر ملاءمة لإشباع الحاجات التى ولدت الاندفاع .

الوظيفة التربوية للعلاج النفسى التدعيمى

يقوم المعالج بدور تربوى فى كافة الأمور صغيرها وكبيرها : إذ يقدم إلى المريض معلومات واقعية وموضوعية عن مختلف المسائل . وقد لا يكون المعالج خبيرا فى الموضوع المطروح ، ولكنه قد يكون المربى الوحيد المتاح . ولذلك ، لا يجب التملص من المهمة إذا كان طلب المعلومات حقيقيا وليس محاولة لتجنب الموضوعات المحملة بالانفعالات .

والمعالج مربٍّ أيضا فى مسائل المرض النفسى . فلقد ازداد الاعتراف بأن تلقى المرء المعلومات عن حالته عنصر مهم فى الانصياع للعلاج وللشفاء . فلقد اتضح مثلا أن البرامج التربوية للمرضى فى المستشفيات لها دور يخفف الأعراض السلبية فى الفصام (جولدمان وكوين ١٩٨٨) وعلى الالتزام بالعلاج فى الفصام والاضطرابات الوجدانية (سيلترز وآخرون ١٩٨٠) . ونعتقد أن الفائدة الكبرى للتربية فى هذه الاضطرابات هى القدرة على التمييز بين المشاعر

والمعارف المرضية والسوية . فيستطيع المريض أن يتعلم كيف يتعرف على العلامات التى تنذر بخطر ازدياد البارانويا ، والضلالات ، والشعور بالعظمة .

واليوم ، أصبح السؤال الرئيسى فى مجال العلاج هو : ما هى أنواع المعلومات التى يجب أن نقدمها للمريض وفى أى وقت . وقد يخشى المعالج ألا تُفهم المعلومات الخاصة بالمرض أو أن تؤدى إلى شعور بأن المرض وصمة ، أو تولد الشعور بعدم المسئولية (بيزبى ١٩٧٩) . ولا شك فى أن وصمة المرض العقلى موضوع مهم ، ولكن الهجوم المباشر على الضلالات أو إنكار المرض لا يجدى فى العادة . وبالإضافة إلى ذلك علينا أن نأخذ بعين الاعتبار نتائج تشخيص إصابة الحالة باضطراب خطير . وبالرغم من كل تلك المحاذير فإن تعليم المريض أمور الصحة النفسية يعتبر مهمة علاجية ما لم يكن هناك مانع من القيام به .

كيف نقدم ذلك التعليم ؟ يجب على معظم المعالجين أن يفردوا وقتا لمناقشة المرض النفسى أثناء العلاج ، إلا أن هناك أسبابا كثيرة تدعو إلى تقديم مادة تعليمية فى المناقشة التى تدور بين الطرفين . إن تقديم المادة التعليمية المناسبة للمرضى المزمنين يتطلب وقتا طويلا وتكرارا وكثيرا ما يستحسن تقديمها فى شكل برامج جماعية مقننة . والمادة التعليمية ، رغم إساءة فهمها ، لها صفة الاستقلال . ويستطيع معظم المعالجين رواية المرات التى اختلف معهم فيها مرضاهم حول بعض جوانب مرضهم إلى أن تأكدوا من صدق ما قاله المعالج من قراءتهم للصحف مثلا . وكثيرا ما تضيف المادة التعليمية التى توزعها العيادة التى يعمل بها المعالج إلى زيادة ما يسمى بالطرح الموجه للعيادة أو المؤسسة فتزود المريض برباط انفعالى آخر للعيادة . كما تساعد أيضا على تبديد أى سوء فهم قد تسببه عبارات المعالج ؛ حيث إن المرضى قد يسيئون فهم العبارات التعليمية لأسباب طرحية . فإذا قال المعالج مثلا «أعتقد أن مرضك يمكن علاجه بشكل فعال» فقد يظن المريض أن المعالج يحاول أن يترفق به وأن يخفف من وقع مآل المرض السيئ على نفسه . إن قراءة المريض لما يتعلق بمرضه أثر مطمئن ؛ لأنه صادر

من مرجع «موضوعى» . ولابد للجهات التى تقـدم العلاج التدعيمى من توفير مثل تلك المطبوعات مجانا أو بسعر رمزى ، وكذلك المواد المسموعة والمرئية . وعلى المعالج قراءة أو مشاهدة أى مادة سيقدمها لمريضه وعليه أن يكون مستعدا للمناقشة بشأنها . صحيح أن المرضى قد يختارون عبارات بعينها من مصادر أخرى لدعم مقاومتهم لما يقوله المعالج أو قد يقومـون باكتشاف وسائل علاج غير تقليدية أو خطرة ويصرون على اتباعـها بدلا مما يقدمه المعالج ، إلا أننا نعتـقد أن المناقشة الحرة أكثر فائدة من تناول الموضوعات من جانب واحد .

التدريب على المهارات الاجتماعية

وهناك نوع معين من التعليم يسـتحق إشارة خاصة . فالكثـير من مرضى العقل المزمنين مـصابون بخلل فى وظائفـهم المعرفية وفـى قدرتهم على الحكم على الأمور كما تنقصهم مهارات اجتماعية أساسية كان وجودها سيزيد من فترة بقائهم فى المجـتمع (لين وآخرون ١٩٨٠) . ولقـد لاقت برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، الذى يتـكون من عدة مراحل والتنسيق بينها وبين التدريب على مهارات التـعامل مع الآخرين ، رواجا كبيـرا وتطبيقات كثيـرة وتحققا من فاعليتها وصدقها (ليبـرمان ١٩٨٨ ؛ ليبرمان وآخرون ١٩٨٥) . وتتضمن مثل هذه البرامج لعب الأدوار ، والمراجـعة عن طريق التصـوير بالفيديو والممـارسة للمهارات داخل الجماعة وفى إطار المجتمع .

ويستطيع المعالج الفردى أن يقدم الكثـير من الفقرات فى برامج محددة فى التدريب على المهـارات الاجتمـاعية ، كـما هو مـوضح فى الجدول . ويجب تناول المهارات الاجـتماعيـة عند ظهور الحاجـة إليها خلال العـلاج (أى عندما يتكشف النقص) أو من خـلال «سيـناريوهات» تدريبيـة بدلا من المحاضـرات المجردة . ولا يجب أن يفترض المعالج أن كافة المرضى يستطيعون تعلم المهارات الاجتمـاعية التى يحتاجـونها ، فقد شككت بعض البحـوث فى إمكانية تغلب التـدريب على بعض أوجـه النقص الفطرية فى الفـصـام ، بما فى ذلك نقص التعرف على الوجدان والحساسية للمشاعر السلبية (بيلاك وآخرون ١٩٨٩) .

مهارات العمل

كثيرا ما يطلب المرضى النصح بشأن العمل ، ومن المهم للمعالج أن يستطيع تناول هذا الموضوع والحديث فيه بشكل مناسب . وإليكم بعض التوجيهات .

مهارات العمل ليست مرادفة للمهارات الاجتماعية : فمثلا يمكن تحويل الانهماك فى الذات الموجود لدى الكثير من مرضى الفصام والمكتئبين إلى انهماك فى العمل ، وكثيرا ما تنجح الشخصيات الفصامية الطابع بشكل يدعو إلى الإعجاب فى الأعمال التى تتطلب الانعزال أو الانفراد وتناول الجمادات . ومن ناحية أخرى ، فإن البراعة اللفظية أو اللزوجة الاجتماعية التى يتصف بها الكثير من حالات اضطرابات الشخصية والهوس الخفيف لا تتناسب مع الانتباه اللازم للعمل . ويترتب على ذلك أن المعالج يجب ألا يعوقه عائق عن تحويل المريض الذى تنقصه المهارات الاجتماعية إلى التدريب المهنى ، كما يجب استشارة مرشد التأهيل المهنى لاختيار أنسب الأمكنة أو المواقع (ماكوتا ولامب ١٩٨٩) .

جدول (٥ - ٣) المهارات الاجتماعية التى يجب الالتفات إليها فى العلاج

* التواصل عن طريق العين EYE CONTACT	* الدفاع عن الحقوق (تأكيد الذات)
* تعلم تنغيم الصوت	* التدريب على التعامل مع المواقف المختلفة
* تعلم المحادثة الاجتماعية	* ضرب المواعيد
* تعلم تقديم المدح وتقبله	* التقدم لعمل
* التعرف على الإشارات الاجتماعية SOCIAL CUES	* استخدام الهاتف بكفاءة
* الكشف عن الذات بشكل ملائم	* التمتع بمصادر شغل أوقات الفراغ
* وضع مداخل متعددة لتناول المشكلات	* التعامل مع الأدوية

ومع أن الأطباء يُستدعون غالبا لتقييم مدى العجز والقدرة على العمل من الناحية القانونية إلا أنه من المهم إدراك أن مهارات العمل معقدة ، وأن تقييمها قد يحتاج إلى وقت طويل (ماسيل وآخرون ١٩٩٠) .

للعمل ، غالبا ، معنى إيجابى عند المرضى النفسيين : رغم أن العمل قد يعنى العناء والعبودية بالنسبة إلى بعض المرضى الذين يتمنون حياة خالية منهما ، فإن له معنى إيجابيا بالنسبة إلى معظمنا .

* فهو مشاركة اجتماعية .

* ويمكن تحويله إلى معزز إيجابى إذا كان بأجر .

* يوفر موضوعا للحديث مع الزملاء والأسرة والمعالج .

* يعنى الاستقلال والاكتفاء الذاتى والإنتاج .

* يشكل أساسا للسيطرة على النفس ، ونوعا من التحدى الذى يزيد ويرفع من شأن الذات .

حالة

مريض مرتد شخّص بأنه مصاب بالفصام . يميل إلى الاستطراد فى مسائل فلسفية مستغلقة ، دون أن يصل أبدا إلى توضيح فكرته . ولما كان شخصا عالى الثقافة ، فإن اهتماماته الرئيسية كانت تنصب على مؤلفات بعض الأدباء والفلاسفة . لم يشاهد أبدا يقرأ مجلة شعبية أو كتابا هزليا . ورغم ذلك اكتشف المعالج أنه كان يعمل فى غسل الأطباق لمدة سنتين إلى أن تمكن منه المرض وأدى إلى إيداعه المستشفى . وبدا أن المريض كان يحب عمله بصدق ، ويرغب الآن فى الاستمرار فى عمل مثمر مشابه . ورغم اقتناع المعالج العميق بأن المريض لا يمكنه الإتيان بأبسط الأعمال دون أن يحيد عن الموضوع ، فإن المريض نجح فى الحصول على عمل كتابى فى الأرشيف ونال تقديرا عاليا لمثابرته وأدائه . (لاحظ أنه عندما

يحب المريض عملا ذا مستوى متدنٍ يشعر المعالج بخيبة أمل أو غير ذلك من الاستجابات الطرحية المضادة) .

إن ازدواجية الشعور نحو العمل لا تعكس عادة تضاربا أساسيا فى القيم ، وإنما تعكس بدلا من ذلك مخاوف وقلقا له ما يبرره بشأن الأداء : للعمل ضغوطه وشدائده ، ولو من ناحية توليده بعض التفاعلات الاجتماعية التى تؤدى إلى علاقات انفعالية ، أو اتخاذ للقرارات ، أو تقدير لمدى النجاح أو الفشل . والعلاج قد يكون المكان الوحيد الذى يستطيع فيه المريض التعبير عن ذلك القلق وتلك المخاوف ؛ لأنه يشعر أن التصريح بتلك الأشياء للأسرة أو الأصدقاء قد يفسر على أنه ضعف أو تكاسل .

وعلى خلاف المريض فى الحالة التى قدمناها ، هناك من المرضى من تجعلهم طموحاتهم فى العمل يتصرفون بعظمة وتباه وبصورة غير واقعية على الإطلاق . وأحيانا تكون المظاهر الطرحية فى هذا السلوك واضحة تماما ، كما هو الأمر فى حالة المرضى الذين يرغبون فى أن يصبحوا أطباء ، أو غيرهم ممن يختارون الالتحاق ببرامج تدريبية ليست لهم فى الواقع اهتمامات بها . وهم بذلك يناورون حتى لا تهتز صورتهم أمام أنفسهم حين يفشلون . بل إن هناك من يفشلون لكى يثبتوا أنه لا وزن لهم ولا قيمة . وفى تلك الحالات يحتاج المعالج إلى هدم هذه المناورات برفضه تفسير الفشل فى العمل ؛ باعتباره فشلا شخصيا - وهى مهمة صعبة على المعالج الذى لا يستطيع القيام بها فى حياته الشخصية .

إعادة البناء المعرفى والتعلم السلوكى والخبرى

لقد أثبت العلاج المعرفى وجوده كطريقة فعالة لعلاج عدد من الاضطرابات . وتحتوى البرامج المتخصصة فى العلاج المعرفى عناصر أكثر تماسكا وتحديدا من تلك التى سنتناولها هنا . ويستخدم الكثيرون من المعالجين بنجاح العديد من الأساليب المعرفية والسلوكية ، ويمكن استخدام أساليب إضافية دون القيام بتنفيذ برنامج كامل للعلاج المعرفى .

وقدم بيك نظرية فى الاكتئاب ، تقول بأن المريض يعانى من خلال اختلال معرفى ثلاثى هو : ذات سلبية ، وعالم سلبى ، ومستقبل سلبى تخلقها منظومة من المعتقدات المستدمجة اللامعقولة (مخطط عقلى SCHEMA) ، تعبر عن نفسها فى تحريفات معرفية عديدة لأحداث ووقائع حياة المريض . ولاشك أن المعالجين سيتعرفون على الكثير من هذه التحريفات بمجرد مصادفتها رغم أنه ليس لديهم أسماء لها (انظر الجدول ٥ - ٤) .

وتصاحب هذه التحريفات المعرفية أنماط نموذجية من الاستجابة . فالمرضى من أصحاب اضطرابات القلق مثلا يكونون فى الأساس «أسرى» لتداعيات لا إرادية سلبية للأحداث . وتدور أفكارهم الآلية وصورهم الذهنية حول المعانى والنتائج المؤدية للأحداث ، ويستطيع المعالج أن يحصيها وأن يتفحصها معهم . وفى الجدول نماذج لتلك الاستجابات السلبية . كما أن المرضى يعممون المنبهات ذات القدرة على الأذى بحيث تشمل مدى واسعا من الأحداث . فالشخص الذى يسمع بوق سيارة مثلا قد يفكر فورا فى وقوع حادث . وعلى عكس غيرهم الأقل قلقا ، يعجز مرضى القلق عن التكيف أو تعويد أنفسهم على المنبهات المعروف عنها أنها غير مؤذية .

ويوجه المعالج المعرفى انتباه المريض إلى استجاباته الآلية ، السلوكية منها والمعرفية ، محاولا زيادة سيطرته الإرادية . ويتطلب ذلك تكرار تمارين يتعلم المريض من خلالها كيف ترتبط خبراته بالتحريفات المعرفية ، وينمى أيضا تفسيرات بديلة أقل تهديدا وخطرا . ونظرا لأن المعالج سيكتشف هذه التداعيات بعد «هدوء» الموقف ، فإن إدراك العلاقات يتم بصورة أكثر موضوعية . ومن المهم للمرضى أن يدركوا أن الموقف الفعلى المثير للقلق يزيد من التفكير اللاعقلانى ، وعندما ينسحبون من الموقف الفعلى فإنهم غالبا ما يستعيدون موضوعيتهم ويدركون عدم خطورة الموقف أو تهديده لهم .

وعلى مستوى أعمق ، عندما يواجه مرضى القلق منبهـا يحمل فى طياته إنذارا بالخطر ، فإنهم عادة ما ينشّطون منظومة من المخططات العقلية التى يمكن أن نطلق عليها مجموعة «الاستعداد للإحساس بعدم القدرة على التعرض للخطر» VULNERABILITY SET . وفى هذه المرحلة يفصح المريض عن افتراضاته الرئيسية ويقوم المعالج بتحدى صحتها .

جدول (٥ - ٤) الأخطاء المعرفية التقليدية المؤدية إلى الاكتئاب والقلق

الخطأ المعرفى	مثال
التجريد الانتقائى	لقد حدث شئ سيئ اليوم ؛ لذلك ضاع على اليوم .
توقع الكارثة	إذا لم أحصل على هذه الوظيفة ضاع مستقبلى .
الاستدلال التحكمى - بما فى ذلك التنبؤات السلبية وقراءة الأفكار	لم يحدثنى رئيسى هذا الصباح ، لابد أنه غاضب منى .
تساوى الأشياء	آراء الآخرين فى متشابهة .
التركيز	يتوجه انتباه الآخرين إلى التركيز على مما يسبب لى العصبية .
الكل أو لا شئ (أبيض أو أسود)	إذا لم يكن عملى متقنا فإنه لا يساوى شيئا .
المبالغة فى التعميم	إن حادث طائرة أمس يثبت أن ركوب الطائرات خطر .
التهوين من شأن الجوانب الإيجابية	رغم أننى أعول أطفالى إلا أن ذلك لا يعنى أننى أفعل شيئا ذا قيمة .
التضخيم أو التهوين	إن زميلى فى العمل أفضل منى بكثير (تضخيم فعل الآخرين) بينما لا أستطيع إنهاء أى عمل (التهوين من شأن الذات) .
عبارات الجزم والتوكيد (يجب ، من الضرورى ... إلخ)	يجب أن أمارس الرجيم والتمرينات وأعمل بجد أكثر ، وأن أجامل الغير ... إلخ .
إلصاق المسميات الخاطئة بالأشياء	لا فائدة منى ، إننى فاشل .
النظر للأمور من زاوية شخصية	تمطر السماء دائما كلما فكرت فى الخروج .

جدول (٥ - ٦) افكار وصور آلية تقليدية

«لن أستطيع قط إنجاز هذا العمل» .
«الطائرة تتحطم والجثث تتناثر فى كل مكان» .
«لا أستطيع تذكر كل هذه الأشياء» .
«يصيح الرئيس فى وجهى وأنا أقرأ التقرير» .
«لا أستطيع مواجهة كل هؤلاء الناس» .
«الناس تسخر منى» .

جدول (٥ - ٧) عشر افتراضات أساسية غالبا - وليس دائما - ما تكون لا تكيفية

١ - لا أساوى شيئا ما لم يحبنى أحد .
٢ - علىّ أن أرضى الآخرين .
٣ - النقد معناه أن الآخرين يرفضون شخصى .
٤ - لا أستطيع البقاء بمفردى .
٥ - النجاح هو كل شئ .
٦ - لا يوجد فى الحياة إلا ناجحون وفاشلون .
٧ - يجب أن أتفوق فى كل ما أفعله .
٨ - لا يمكننى طلب المساعدة .
٩ - يجب أن أكون كاملا حتى أتمكن من السيطرة على الأمور .
١٠ - إذا تركت أحدا يقترب منى كثيرا فإنه سيسيطر على .

وتوجد أمثلة على هذه الافتراضات الأساسية فى الجدول (٥ - ٧) . ويجب أن نحصل دائما على ما يثبت عدم تكيفية هذه الافتراضات بالنسبة إلى كل مريض بالذات . فبعض الناس الذين يعتقدون أنهم لا يساوون شيئا ما لم يحبهم أحد أو من يعتقدون بضرورة أن يكونوا هم الأفضل فى كل ما يفعلونه ، قد لا يعانون من أى اضطراب . لذلك ، لا نستطيع القول بأن هذه الافتراضات مرضية فى حد ذاتها .

وانطلاقا من هذا العرض المختصر للعلاج المعرفى ، نوجز فيما يلى بعض النقاط :

* لا يصلح العلاج للمرضى الذين بلغوا شأوا بعيدا فى اللامنطقية ، كما هو الحال بالنسبة إلى فصاميين كثيرين (ومع ذلك فقد نجح مع بعضهم ولا يجب استبعاده تماما) .

* يتطلب العلاج المعرفى مستوى من التوجه إلى الفعل والدافعية قد لا ينطبق على الكثيرين ممن يتلقون العلاج التدعيمى .

* يمكن استعمال الكثير من الأساليب السلوكية والمعرفية بصورة مباشرة مع تعزيزها بتدخلات تدعيمية متخصصة .

وتتضمن هذه التدخلات ، فى حالة مرضى القلق مثلا ، تشجيع الافتراضات الأساسية الإيجابية والأخف تقييدا والتى تزيد من تقدير الذات . فالمريض يحتاج إلى أن يعتقد بأنه شخص حسن حتى لو ارتكب خطأ بدلا من اعتقاده بأنه فاشل إذا ارتكب خطأ واحدا . وتحسّن تقدير الذات يؤثر بدوره على توليد الأفكار الآلية فى المواقف المثيرة للقلق . فيصبح المريض أقل تأثرا بتهديد طفيف يشعر به إذا استطاع توليد استجابات مدعمة للذات عند التعرض للمؤثرات التى يحس بأنها تهدده .

وقد عرضنا ، فى الفصل ٤ ، فكرة دفاع معدل سميناه «فك الارتباط» ، ويمكن استخدام شكل منه هو «فك الارتباط التوقعى» الفعال بصفة خاصة عند

استخدام التدخلات التوجيهية . وقد تطرف بعض المعالجين مثل ميلتون إريكسون فقدم توجيهات إلى مرضاه بالفشل بحيث يتعرض المريض للموقف ويتخلص من ميله إلى توقع الكوارث مرة واحدة وإلى الأبد . ومثال ذلك ما أورده هيلى عن مريض إريكسون المسمى هارولد والذى طلب منه دخول امتحان الجبر والرسوب فيه (هيلى ١٩٨٦) .

الاقتداء بالمعالج والتوحد به

ألح العلاج النفسى دائما على دور المعالج بوصفه قدوة . ويجب على المعالج مع ذلك أن يتنبه إلى مظاهر الطرح .

حالة

وجّهت مريضة ، تعرضت لتوها لسرقة شقتها ، الحديث للمعالج قائلة : «كنت أتساءل كيف يتناول موظف تنفيذى رفيع المستوى هذه المشكلة» . فردد عليها المعالج قولها «موظف تنفيذى رفيع المستوى» . فردت عليه المريضة قائلة «نعم ، والواقع كنت أفكر كيف كنت أنت ستعالج الموضوع» .

تسمح طبيعة العلاج التدعيمى بالاقتداء بالمعالج والتوحد به . وقد يكون المريض ملما بمعلومات كثيرة عن المعالج ، مما يقلل فرصة التخييل . كما أن الفروق الاجتماعية بينهما وخطورة الأزمة التى يمر بها المريض قد تزيد الهوة اتساعا . إلا أن المعالج يستطيع مجابهة تلك الميول بأن يقدم نماذج مما كان سيفعله هو نفسه لو واجه الموقف .

الواجبات المنزلية

وكما هو الحال مع الواجبات المدرسية المنزلية ، فإنها فى العلاج توفر للمريض الفرصة لأن يتعلم أو يعمم المهارات المهمة . فالفعل ، فى مقابل

الإنصات والكلام ، يمكن أن يكون خطوة إيجابية فى غـاية الأهمية بالنسبة إلى العلاج . ففى التدريب على المهارات الاجتمـاعية مثلا ، قد يطلب المعالج من المريض أن يحـضر «طلب التحـاق بعمل» ليكتـبه فى الجلسـة ، أو يطلب من مريض آخر مـصاب باضطراب الهلع أو القطبية الثنائية أن يرسم خـريطة يومية لتذبذب مزاجـه . كذلك ، يمكن استخدام الواجب المـنزلى على أساس ما هو معروف عن العلاقة بين السلوك وتخفـيف الأعراض . فمن المعروف - مثلا - أن للتمرينات الرياضية أثرًا مضادا للاكتئاب وأنها تسام ملائم للعدوان ، كما أن الهوايات توفر إحساسا بالسيطرة وتنشط المهارات الذهنية والحركية .

والواجب المنزلى يقوم أيضا بدور البديل الرمزى للـمعالج ؛ إذ يثير صورة المعـالج فى ذهن المريض ويزوده بمبرر للعـودة للمعـالج وإفادته بما حـدث فى الجلسة الـتالية . ولذلك ، يجب عـلى المعالج أن يسأل المـريض «هل وجدت فرصة للقيـام بالواجب ؟» بدلا من أن يترك المسألة تمر دون تعليق ؛ إذ إن ذلك ينقل للمـريض أن المعـالج يتـذكر الواجب ويـهتم بالمريض . وحـتى لو كـان المريض لم يقم بالواجب فإن اهتمام المعالج سيظل فى ذاكرته .

التحويلات والبدائل والتدخلات التناقضية

كثيرا ما يكون من المفيد أن «نصف» للمريض نوعًا من **التغيير أو التحويل** كمـا يتجلى فى النصـيحة الشـهيـرة «خد لك إجازة» ، عندمـا لا تكون هناك وسيلة أخرى لمواجهة الموقف وتكون الوقفة أو الراحة أمرا مفيدا . والأمر بالمثل عند تقديم بديل عن سلوك غير مرغوب . وأحيانا يكون على المعالج أن يلفت النظر إلى أن الحديث أفـضل من العراك ، وأن سلوك المجـابهة الذى يستـخدم استراتيجية دفاعية معينة قد يحل محل غيره من استراتيجيات أقل تكيفا . فمثلا سـاعـد التفلسـف وكذلك التـكوين العكسى REACTION FORMATION الكثير من المرضى على التحول من إنكار مرضهم إلـى أن يصبحوا خبراء فيه .

أما القمع وهو دفاع ناضج فيفيد فى حالة الأحداث الخارجية والداخلية . فمثلا ، غالبا ما يحس المعالجون بالعجز إزاء المرضى الذين لا تستجيب هلاوسهم للأدوية ، ولكن إخبار هؤلاء المرضى أن لديهم القدرة على إيقاف الهلاوس أو أن لا يلقوا إليها بالاً قد يؤدى بالفعل إلى قمعها وإلى إحساس أكبر بالسيطرة على الذات .

ومن المهم أيضا تقديم **الدفاعات** (مثل التبرير) **لاستخدامها فى المواقف الاجتماعية** ؛ لأن تأثير الأقران والخوف من فقدان رضاهم يؤدى إلى الكثير من أنواع السلوك التدميرية . كما أن الخوف من آراء جماعة الأقران أو إسقاطاتها قد يمثل مبالغة فى الاهتمام الواقعى بشأن تقبل الآخرين له أو قد يمثل مخاوف أعمق مثل الخوف من فقدان السيطرة على النفس . ويجب على المعالج أن يمد مريضه بذخيرة لفظية لمقاومة التأثيرات المدمرة . ومثال ذلك ما يمكن أن يقوله لمريض يحاول أصدقاؤه إغراءه بتعاطى المخدرات «أخبرهم أن لديك عملا فى الصباح الباكر غدا» أو «يجب أن تنصرف لأمر مهم فى المنزل» أو غير ذلك من آلاف الحجج التى تمنعك من التعاطى عندما لا تستطيع أن تقول «لا» لهم صراحة .

لقد تناولنا حتى الآن التدخلات التوجيهية التى يقدم فيها المعالج شيئا يعتقد أنه فى صالح المريض . إلا أن هناك تدخلات أخرى مناقضة ، وهى التى ينصح فيها المعالج أو يصف أو يشجع ما يبدو أنه مناقض للهدف المطلوب . فيورد برجمان (١٩٨٢) مثلا النجاح الذى حققه نتيجة لتدخلات جذرية مثل إخباره المريض بأنه كلب فى جسم إنسان وآخر بأنه جاسوس من مستشفى الصحة النفسية ، وتعمل بعض هذه التدخلات بأن تغير التعزيزات التى يتلقاها المرضى فى مقابل سلوكهم غير المعقول ، وهو ليس موقفا تناقضيا بالضبط وإنما هدف مباشر للعلاج . فمثلا يطلب المعالج من المريض الذى يحاول تأكيد استقلاليته بعدم الانتظام فى حضور الجلسات ، بالابتعاد تماما عن المعالج . فيضطر بهذه الطريقة إلى تغيير سلوكه الذى يستخدمه فى تأكيد استقلاليته ويبدأ فى المواظبة على الجلسات .

لهذا يستفـيد المرضى المغرمون بالمعارضة والوسـواسيون ، أو أولئك الذين يميلون إلى اتخاذ موقف سلبى من العلاج ، من التدخلات التناقضية . إلا أنه لا ينبغى استخـدام هذه الفنية إلا عند الضرورة الشديدة ؛ لأنه يتطلب مهـارة وحذقا . كما ينبغى استخدامه بأمـانة تامة فى كل الأحوال . فمثلا عندما يصف المعالج أن تُترك للمريض الحرية فى أن يقوم بثورات غضبه أكبر عدد ممكن من المرات - أملا فى أن يصبح هذا السلوك أقل إثابة - يقدم هذا الرأى بوصفه آلية تستحق التجريب ، دون إظهار نوبات الغضب على أنهـا سلوك مطلوب فى حد ذاته . وعلى كل حال ، فإننا نعارض استخدام التدخلات التناقضيـة لاعتبارات أخلاقية وعملية ؛ لأنها تنقل انطباعا كاذبا عن معتقدات المعالج كما تدخل الخداع فى العلاقة العلاجية .

تعزيز السلوك المرغوب

قدمنا ، فيما سبق ، أمثلة كثـيرة عن التوجيه والنصح ، ولسوف نختتم هذا الفصل بتأكيـد أن على المعالج استخدام الفرص الكثيرة المتـاحة له لتعزيز أنواع السلوك المرغوب التى يلاحظها أو التى يذكرها المريض . فالمدح الصادق والثناء والإطراء يمكن أن تكون ذات قيمة كـبرى ، إذا استخدمت استخـداما ملائما . ونحن نؤكد هذه الفكرة ؛ لأن كـثيرا من المعالجين المـتشبعين بالتـحليل النفسى يتجنبون المدح المباشر ، كما يختلط علـيهم الأمر فيما يتعلق بالسلوك المرغوب . فالمدح عندهم معناه لعب دور الأب مما قد يخلق طرحا سالبا . إذ يحيا المريض مرة أخـرى مواقف الاعـتماد والتـحكم التى سادت سنواته المبكـرة . والمعالج التدعيمى ليس فى مأمن من هذا الخطر ؛ أى أن يصبح موجها ، ولكن مريض العلاج التدعـيمى النموذجى يحتـاج إلى التوجيه أكثـر بكثير من احتـياجه إلى المناقشة . ونستشهد هنا بقول واكتل (١٩٨٨) : «إن المسألة ببساطة ، أننا نقول نعم ولا بطرق أكثر مما نعـترف به لأنفسنا . ورغم أن تلك الاسـتجابات ليست كلية القدرة بأى حال من الأحوال إلا أن المريض يسمعها ، كما أن لها وقعًا كبيرًا» .

الفصل السادس

إدارة الجلسات

تناولنا حتى الآن عناصر وتكوينات العلاج النفسى التدعيمى . وفى هذا الفصل سنصف العمل الفعلى سواء فى التفاعل أو فى داخل عقل المعالج ، خلال الجلسات الثنائية .

توجيه المحتوى

قد يعتقد المعالجون من غير ذوى الخبرة أن إظهار الاهتمام أو قيام العلاقات الاجتماعية يكفيان لجعل المريض «يملأ» ساعة الجلسة بالحديث . إلا أنهم سرعان ما سيتعلمون أن عليهم أن يكونوا أكثر توجيها للمحتوى ، خاصة فى الحالات التى لا يلتقون فيها مرارا بالمريض والتى قد تصل مثلا إلى جلسة واحدة فى الشهر . وفى العلاج الذى يرمى إلى الاستبصار غالبا ما ينصت المعالج إلى تشكيلة متنوعة من الموضوعات ويجد فكرة واحدة تسرى فيها كلها . أما فى العلاج التدعيمى ؛ لأن المعالج يقوم بما هو أكثر من تحديد مواقع الأفكار أو التعليق عليها ، فإنه يقوم بالحفر والتنقيب هو بنفسه باتخاذ موقف أكثر توجيها .

تجديد معلومات المعالج بخصوص الأنشطة الخارجية

من المفيد للمعالج أن يسأل خلال كل جلسة عما جرى من أنشطة قام بها المريض منذ الجلسة الماضية ، ويستحسن - إذا أمكن - أن يبدأ بمشكلة تُركت دون حل فى المرة الأخيرة . كما يقوم بمراجعة الأهداف التى وضعت فى جلسات سابقة . وتخلق مثل تلك الفنيات إحساسا بالاستمرار من جلسة لأخرى وتبين للمريض أن المعالج قد وجد تلك الجلسات مهمة وجديرة بالذكر .

التركيز على موضوعات بعينها

يختار المعالجون الذين يمارسون العلاج المختصر ، موضوعا أو قضية رئيسية لمسار العلاج (مثل العلاقات بالآخرين أو المشكلات التربوية) . وقد استخدم مفهوم مشابه فى التحليل المطول تحت اسم «التقطيع» (دويتش وميرفى ١٩٥٥) الذى يعنى تقسيم حياة المريض إلى قطاعات ثم تناول كل قطاع على حدة . أما فى العلاج التدعيمى ، فإن الرغبة فى اختيار موضوع نركز عليه يتوقف على المريض . فبعض المرضى يمكن الاعتماد عليهم فى تحديد مشكلاتهم الملحة وعرضها دون مساعدة ، بينما يحتاج البعض الآخر إلى معاودة التركيز عندما ينسون أهداف العلاج أو يتجنبون مواجهتها .

وسواء كان وقت العلاج محدودا أو مستوى المقاومة عاليا ، فإنه من الضرورى أن يتنقل المعالج ليغطى مختلف الموضوعات ويحيط بأحدث التطورات التى طرأت على موقف المريض ، خاصة إذا كان المريض من النوع الكتوم الذى لا يفضى بما فى نفسه حول الموضوعات المهمة كالصراع داخل الأسرة أو نية الانتحار . وهذه الطريقة تتعارض مع «التقطيع» الذى أشرنا إليه ويطلق عليه «العلاج النفسى التوزيعى» DISTRIBUTIVE PSYCHOTHERAPY (هولمز ١٩٨٨) . وقد تتطلب تلك الطريقة تقييما نفسيا اجتماعيا كاملا ومراجعة للحالة العقلية للمريض فى كل جلسة .

ويمكن استخدام أساليب بسيطة مثل الترديد والمتابعة للتعزيز الفارق لأجزاء من المحادثة التى يود المعالج استكشافها . وقد يحتاج المعالج أحيانا أن يكون أكثر وضوحا ، كما فى حالة المريض الذى يمضى الجزء الأول من الجلسة فى الشكوى من عدم قدرته على العثور على عمل فيتدخل عندئذ المعالج قائلا «أرى أنك منشغل بشأن الحصول على عمل ، ولكن أعتقد أننا لن نصل إلى شىء إذا ظللنا نتحدث عنه الآن ، فلننتقل إلى شىء آخر أستطيع مساعدتك فيه» .

والتكرار دون الوصول إلى قرار أو حل ، كما يتضح من حالة ذلك المريض ، يخدم وظائف دفاعية فى أغلب الظن ، إلا أن على المرء أن يقرر هل ينبه المريض إلى ذلك أم لا . وإذا تركنا المريض يرتب أمور الجلسة ، فإنه سيحاول تجنب الموضوعات التى تجذب الانتباه إلى مشكلاته الحالية . ومواجهة المريض بما يفعله قد يكون مفيدا فى بعض الحالات أو قد يكون من باب توضيح الواضح . يجب على المعالج أن يضع فى اعتباره ضيق الوقت ، وأنه من الأهم قيامه ببساطة بمواجهة المشكلات بدلا من السماح للمريض باللف والدوران لتجنبها .

وهناك بعض الأسئلة التى على المعالج أن يجيب عنها بالنسبة إلى كل جلسة :

* هل أعرف ما حدث فى حياة مريضى منذ الجلسة الماضية ؟
* هل يقدم المريض مادة ذات علاقة بالخطة العلاجية (أم أنه يجب مراجعة الخطة) ؟
* ما هو وضع الطرح والطرح المضاد فى الوقت الحاضر ؟
* ما هو مستوى أداء المريض لوظائفه حاليا ؟
* ما هى أعراض المريض ؟
* هل نسيت تاريخ المريض ؛ لأننى لم أسأله عنه أو لأننى لم أقرأ ملفه منذ مدة طويلة ؟

يتوقف اختيار وتوقيت ومعنى التدخل على الإجابات عن تلك الأسئلة . فمثلا إذا تدهورت حالة المريض فعلينا الكف عن المضى فى الاستكشاف وإرجائه وتوجيه الجلسة إلى منع المزيد من التدهور . فمثلا ، إذا كان المريض قد فقد سكنه لتوه ويعيش فى الشارع ، فإنه يصبح من الأهم أن نبحث أمر توفير سكن بدلا من مشكلة إدمانه . إن العلاج التدعيمى الفعال يتطلب حذقا واستخداما اقتصاديا للوقت حتى نخدم المريض إلى أقصى حد ممكن .

وبالإضافة إلى ما نسميه الأسئلة «الكبرى والعامة» المتعلقة بالجلسة العلاجية ككل ، فإن القرارات «التفصيلية» المتعلقة بكل لحظة فى الجلسة هى جزء لا يتجزأ من أى علاج . فعندما يقول المريض شيئا فإن المعالج قد يحجم عن التعليق (لا يقول شيئا) أو يقف موقفا محايدا ، أو يتعاطف ، أو يستكشف ، أو يفسر ، أو يوجه ، أو قد يصل به الأمر إلى وضع قيود وحدود . واختيار القرار المناسب فى أية لحظة يعتمد على مدى معرفة المعالج بمريضه . ويجب على المعالج التدعيمى أن يستطيع على الأقل فرز التدخلات التدعيمية من غير التدعيمية وأن يختار إلى أى حد يكون تدعيميا فى تلك اللحظة . وبالإضافة إلى ذلك (وهذا أمر عظيم الشأن) فإن النبرة الانفعالية التى يلقى بها تعليقه يمكن أن تكون الحد الفاصل بين تعليق تدعيمى وآخر سيئ بمعنى الكلمة . ولا يغضب المرضى من بعض المعالجين مهما بلغت حدة نقدهم ، وذلك بسبب أسلوبهم الدافئ والمتعاطف والفاهم وطريقتهم الحانية . ويضفى البعض الآخر على أكثر العبارات بساطة طابعا ساديا بسبب عدم فهمهم لشخصياتهم أو بسبب مشكلات الطرح المضاد .

التعامل مع غير المتوقع وغير المنتظر

تصدر أحيانا عن المرضى تصرفات غير عادية أو غير متوقعة ، يجب على المعالج أن يكون مستعدا للتعامل معها فورا . فإذا وضع المعالج فى اعتباره مثل تلك المواقف فعليه أن يجهز استراتيجيات عامة لملاقاتها . ويساعد التمرس بهذا النوع من المواقف على حسن التعامل معه .

المواقف والمواقع الخاصة

من الظواهر المألوفة لدى المعالجين الذين يقابلون مرضاهم فى عياداتهم الخاصة ، الفرق الواضح فى السلوك بين الجزء الرسمى من الجلسة والجزء غير الرسمى

منها المتمثل فى تحية اللقاء أو التوديع أو المقابلة بالمصادفة فى الممر أو السلم . وكثيرا ما تتوفر للمعالج التدعيمى الفرصة الملائمة لملاحظة المريض فى العنبر وغيره من الأماكن فى المستشفى والعيادة . فيجد المريض الصامت ، مثلا ، يثرثر مع زملائه والمريضة المهذبة توزع لعناتها على معالجيها . وكثيرا ما تتاح الفرصة للقيام «بعلاج عرضى» عند اصطحاب المريض للعيادة أو غرفة الطوارئ .

إن الملاحظة بالصدفة وفى الأماكن غير المعتادة فرصة لجمع معلومات قد لا يتيسر الحصول عليها فى الأشكال الأخرى من العلاج . والقيام بالعلاج فى أماكن غير مألوفة يشكل تحديا قد يؤدى إلى تحسن مهم لا يتوفر فى العلاج «التقليدى» . فمثلا قد تساعد الجلسات التى تعقد خارج المكتب بعض المرضى على التخفف من القلق . وإذا كانت الظروف آمنة قد يقوم المعالج بزيارة منزل مريضه أو محل عمله مع المرشد النفسى أو مدير الحالة أو غيره من المساعدين . وبالمقابل ، نجد المرضى الذين يتحاشون رؤية المعالج ويكتفون بالمكالمات الهاتفية . وفى هذه الحالة يستطيع المعالج أن يجد طريقة لمقابلتهم فى جو يمثل تهديدا أقل مما يشعرون به فى الأماكن المعتادة ، فقد يخبرهم مثلا أن لديه بضع دقائق بين الجلسات يمكنهم فيها رؤيته وبذلك يؤكد لهم قصر مدة المقابلة .

وهناك أيضا مصادر إضافية ، معروفة فى العيادة ، للمعلومات عن المريض . فالطبيب الواحد قد يعالج عدة أفراد من العائلة نفسها ، أو على الأقل يسمع معلومات عن تاريخهم العلاجى ، فيصبح التحدى الذى يواجه المعالج هو الاحتفاظ بالسرية والاستفادة ، مع ذلك ، من تلك المعلومات بشكل أو بآخر .

الهدايا من المعالج وإليه

كان الأطباء فى الخمسينيات والستينيات يتلقون فى العادة التعليمات التالية بخصوص الهدايا : «فى حالة العصابى ، لا يصح قبول الهدية بل يقوم بتفسير معناها ، وفى الحالات الأكثر اضطرابا تقبل الهدية أولا ثم يقوم بالتفسير بعد ذلك .

أما فى حالات الاضطراب الشديد فيقبل الهدية ويشكر المريض» (هيرست ١٩٨٩) . إلا أن الظروف قد تغيرت وأصبح العامل الذى يحدد التصرف هو الحكم الكلينيكى المبنى على الهدف من العلاج . فيسأل المعالج نفسه الأسئلة الآتية : ما قيمة الهدية ؟ هل هى شخصية أم يمكن إشراك العيادة فيها ؟ وما هى المناسبة (عيد الأم أم مناسبة شخصية) ؟ وما هو المعنى الظاهر للهدية بالنسبة إلى المريض ؟ هل يمكن مناقشة ذلك معه ؟ هل يمكن رد الهدية ؟ وما هو التأثير المتوقع إذا رفض المعالج الهدية ؟ هل يمكن استخدام المناسبة لوضع سياسة علاجية أو تغيير السياسة المتبعة ؟

وليست الإجابة سهلة . فالهدية قد تكون بديلا عن الأجر أو رمزا للصداقة أو قد تكون [كما هو الحال فى الأعمال التجارية] طريقة للمكافأة وتثبيت العلاقة . أما إذا كان المعنى شخصيا فقد يعبر عن الرغبة فى إقامة علاقة شخصية مع المعالج ومن الخطأ بالنسبة إلى البعض عدم الامتثال لمثل تلك الرغبة فى الحال ، بل قد لا يكون تفسيرها ضروريا .

وفى حالة إقامة علاقة علاجية مع مرضى الفصام ، نوافق على قبول الهدايا البسيطة ، أما الهدايا الشخصية الثمينة ، فنرى ضرورة ردها . فقبولها قد يعنى للمريض أنه بحاجة إلى شراء المعالج أو أنه مرتشٍ ، وأنه لا يقدر المريض كإنسان ؛ لذلك لابد من دفع ثمن للعلاقة العلاجية . كما يؤكد قبولها للمريض صحة رأيه فى أن المعالج غير مهتم بالعلاقة العلاجية فى حد ذاتها .

ونظرا لأن الكثيرين من مرضى العلاج التدعيمى لا يدفعون مقابلا للعلاج ، فقد تكون الهدية فرصة لاكتساب رضا المعالج ، كما تعبر أيضا عن خشيته من أن رغبة المعالج فى رؤيته مرتبطة بإشباعه بهذه الطريقة . لذلك ، سواء قبلت الهدية أم لا فإنه يجب استكشاف ذلك الجانب . وعلى أى الأحوال ، فإن رغبة المريض فى الدفع أو التعبير عن مشاعر العرفان بالجميل يمكن تحويلها إلى خدمات صغيرة للعيادة أو مشاركة الجميع [مرضى ومعالجين] فيها .

وتواجه هدية المعالج للمريض الإشكال نفسه . فعندما تكون الهدية مادة من مواد العلاج مثل كتاب تمرينات فى العلاج المعرفى فإنها تكون ملائمة تماما . كما أن المواد المشابهة ملائمة أيضا وجديرة بالتشجيع . وتلى تلك الفئة غير الضارة من الهدايا ، استعارة أشياء لا ترد فى العادة مثل مواد القراءة العامة ، والنقود ، والملابس . ونقترح مرة أخرى أن تتحول هذه المسألة إلى نظام تشرف عليه المؤسسة العلاجية إذا كان المريض محتاجا بالفعل . فقد يقول المعالج مثلا «يا سيد فلان ، لقد لاحظت أن حذاءك بال ، وقد جمع أعضاء الهيئة العلاجية مخزونا من الأحذية والملابس الشتوية من أجل مرضانا ، هلا ألقيت نظرة على ما لدينا لترى إن كان يوجد شىء يناسبك ؟» . ويجب على المعالج توخى الحذر عند التعامل مع المرضى الذين لم تتدن وظائفهم والذين قد يعتبرون الهدايا تعبيرا عن شعور المعالج بالرثاء .

وفى حالة ظهور أنماط سلوك غير مألوفة من المريض ، على المعالج التعاطف معه وتفهم دوافعه . فقد يلجأ المريض إلى التدخين أو قراءة كتاب أو الهلوسة أثناء الجلسة أو قد يذكر صفات غريبة لجسمه أو يقدم قطعة من الحلوى للمعالج أو يبدأ فى التهام سندويتش . وتوجد بالطبع تفسيرات سيكودينامية لهذا السلوك ولكن هل هى مرغوبة دائما ؟ إن تقديم قطعة من الحلوى هو محاولة «لتحلية» الجلسة بشكل رمزى . أما التدخين والقراءة فقد يعنيان أن المريض يتوقع «النكد» داخل الجلسة ويحاول تسلية نفسه وحمايتها . وفى كل حالة على المعالج أن يقدر معنى السلوك قبل أن يقرر ماذا يفعل بشأنه .

التنقيب والحفر عن الموضوعات الخافية

يدور معظم العلاج النفسى حول إدخال موضوعات خافية على المريض إلى مجال وعيه . وقد تبقى موضوعات مخبوءة إلى الأبد ما لم «يستخرجها» المعالج . وفى الجدول (٦ - ١) مقترحات خاصة بتلك الموضوعات ، رغم أن الفئة الأخيرة منها - رغبات المريض وحاجاته ودوافعه - قد يكون من الصعب كشفها إلا أنه من المحتمل معرفتها إذا بذل المعالج جهدا وثابر على ما يريد .

جدول (٦-١) الموضوعات الخبيئة

أ - خبرات أو أنشطة حديثة قد لا يذكرها المريض :

١ - تعاطى المخدرات أو المسكرات .

٢ - آثار جانبية للأدوية ولاسيما اضطراب الوظائف الجنسية .

٣ - إساءة معاملة الآخرين له (مثل الزوج أو الزوجة) .

٤ - تغيرات مهمة فى الحياة لا يود الحديث عنها [كالرسوب فى الامتحانات أو الفصل من العمل] .

٥ - الأعراض

* إخفاء الأعراض (كأن لا يتحدث عن الهلاوس) .

- حتى يرضى المعالج .
- حتى يوقف العلاج .

* المبالغة فى الأعراض .

- حتى يستمر العلاج .
- حتى يفسد جهود المعالج .
- حتى يستدر عطفه .

٦ - عدم الالتزام ببرنامج العلاج وخاصة استعمال الدواء .

ب - التاريخ السابق .

١ - إساءة المعاملة .

* جسمية (بواسطة الآخرين أو إليهم) .
* جنسية (بواسطة الآخرين أو إليهم) .

٢ - فقدان عزيز لم يتم الحزن أو الحداد عليه بصورة كاملة أو كافية .

ج - احتياجات تربوية راهنة يخجل المريض من ذكرها .

١ - تنظيم الأسرة .

٢ - التربية الجنسية .

٣ - الأمية .

د - الرغبات والحاجات والدفاعات الجنسية التى يعبر عنها المريض فى العلاقة الخارجية .

١ - الحاجات .

* الحاجة للمرض .

* الحاجة للعب دور المريض .

٢ - الدفاعات .

* تجنب المواضيع التى قد تسيئ للمعالج .

* الكذب على المعالج .

والتعرض والتحرش والاعتداء الجنسى من الأمور الشائعة فى تاريخ المرضى ، ولكن الدراسات تشير إلى أن عدم محاولة استخلاص هذه المعلومات لا ينتج عن دفاعات المريض بل لعدم اهتمام المعالج بالسؤال عنها . لذلك ، يورد جاكوبسون وريتشاردسون (١٩٨٧) مجموعة من الأسئلة الروتينية للحصول على معلومات مفصلة عن التحرش والاعتداء الجنسى أو البدنى إن وجد فى تاريخ الحالة . كما يمكن تناول الموضوعات الصادمة بصورة تدريجية بالاستفسار عن الطريقة التى كان المريض يعاقب بها وهو طفل أو نتائج الخلافات الزوجية . وعلى المعالج عدم الشعور بالحرج عند سؤال المريض عن تفاصيل وملابسات وآثار هذه الاعتداءات عندما يأخذ المريض فى التحدث عنها .

وللمريـض الكذاب مشاكله الخـاصة . وبشكل عـام ، فإن الإحـجام عن الصدق يمثل نوعا من أنواع **المقاومة** ، على المعالج مواجهتها مباشرة أو تفسيرها وفق المفاهيم الدينامية . ويحتاج الكذب بشأن الطرح إلى مزيد من الاستكشاف . أما غير ذلك من الأكاذيب العابرة ذات الطبـيعة الدفاعية [مثل أسباب الغياب عن الجلسات أو إنكار تعاطى المخدرات] فيمكن مواجهـتها . أما نمط الكذب المزمن الذى نواجهه فى الشخصيات المضادة للمجتمع فقد يجعل العلاج مستحيلا .

حالة

انضمت امـرأة مفرطـة البدانة تبلغ من العمـر ٥٧ عامـا ، تعانى من بارانويا ذهانية إلى برنامج للتأهيل الاجتماعى ، وكانت تستمتع به تماما . وتضمن جـانب من علاجـها صرف وصـفات من دواء مـضاد للذهان . ووجد الطبيب النفسى صـعوبة كبيرة فى العثور على دواء وجـرعة مناسبة تخفف من أعراضها ولا تسبب لها إلا أقل قدر ممكن من الرعشة والدوار . ووجد فى النهاية دواء يسبب مقـدارا من الرعشة ، ولكن لا يسبب الدوار . واستفسر من المريضة عن مدى تحملها للرعشة فأكدت أنها لا تبالى بها .

وظلت المريضـة تتلقى الوصفـات لمـدة شهور حتى اكتشف الطبيب من الأخصائية التى تتـولى حالتها أنها تلقى بجرعتهـا الصباحية من الدواء فى القمامة . وبدلا من أن يواجهها الطبيب مباشرة ، قام بالاعتذار لها . وقال لها إنه آسف جدا ؛ إذ يبدو أنه أخافهـا كثيرا لدرجة أنها خشيت من أن تخبره بعـدم التزامها باستـعمال الدواء . ونجحت الحـيلة ؛ إذ اعترفت المريضة فورا بعدم انصـياعها للتعليمات ، وأن انزعاجـها من الرعشة كان أكثر مما تتحـمل . واسترجعت بمعاونة الطبيب الأوقـات التى كانت تعانى فيها من البارانويا قبل ذلك بشهـور ، ووافقت على أنها لاتريد أن تصيبها البارانويا مرة أخـرى فى المستقبل . وتحسن التـزامها بالعلاج بينما اسـتمر الطبيب فى البحث عن عقار أفضل .

أما المريض الذى يبدو فى حالة طيبة ويطيع التعليمات ظاهريا ، فإنه له مشكلة أخرى . وقد وصف فينر (١٩٨٢) كيف أن الكثيرين من المرضى ، وخاصة الذين يجبرون على الإقامة فى المستشفى ، يكتسبون ما يعرف **باستبصار المؤسسة** فيلتزمون بقواعد المستشفى حتى يضمنوا خروجهم من موقف العلاج الذى يعتبرونه سجنا . وقد لوحظت هذه الظاهرة - إنكار المرض أو إدعاء قلة الأعراض للخلاص من الدواء والعلاج - بين من يدخلون المستشفى برغبتهم أيضا . وقد يؤدى استبصار المؤسسة إلى الاستبصار الفعلى ؛ بمعنى أن قمع الأعراض حيث يبدو المرء فى حالة طيبة ، وما ينتج عنه من إحساس بالتحكم فى الذات وما يولده من استحسان فى نفوس من يحيطون بالمريض ، يؤدى بالتالى إلى تحسن أدائه لوظائفه . وحرىّ بنا ألا ننخدع بما يدعيه المريض من تحسن فنوقف الدواء قبل الأوان فتنتكس حالته .

ويستطيع المعالج فى كثير من الأحيان اكتشاف تناقض المريض فى التزامه باستعمال العلاج من مناقشة الأمر مع بقية الهيئة العلاجية . فالمعالج الذى يجمع بين صفتى المعالج النفسى ومن يقوم بوصف الدواء أكثر تعرضا للخداع بواسطة مريض يرغب فى الظهور بحالة جيدة حتى يتوقف عن تعاطى الدواء . فللالتزام الظاهرى أسباب عديدة من ضمنها التناقض الوجدانى اللاشعورى . ومهما كان الحال ، فإن أمام المعالج عدة طرق لمواجهة الأمر عند اكتشافه ، كأن يقول مثلا : «لقد أخبرتنى أنك توقفت عن الهلوسة ، ولكنى رأيتك فى الردهة تحادث نفسك ، فهل هناك شئ ؟» .

الحكم على فعالية التدخلات

كيف يتسنى للمرء أن يعلم ما إذا كانت تدخلاته قد آتت أكلها ؟ إذا كان التفسير المستعمل فى العلاج التدعيمى فعالا ، نلاحظ حدوث تغيرات سلوكية ولفظية نتيجة لذلك التغيير . وغالبا ما يستدمج المريض دفاعات جديدة وأساليب تعامل ومجابهة على مراحل :

١ - المرحلة الأولى : تذكر وترديد نصائح قديمة أو معلومات سبق تقديمها . فقد يعلق المريض قائلا : «لقد أنفقت كل مرتبى على شراء الهيروين ، لقد كان ذلك تصرفا غبيا بلا شك» . وأحيانا ، يبدو على المريض وكأنه فهم تفسير المعالج ، ولكنه يرده إلى المعالج لأنه لم ينجح : «سبق أن قلت لى أننى أخدع نفسى فيما يتعلق بأسباب تناولى للمخدرات . حسنا ، لقد تعاطيت المخدرات فى عطلة نهاية الأسبوع على أى حال» . [إن ترديد عبارات المعالج هو أيضا نوع من الاختبار لذاكرته] .

٢ - المرحلة الثانية : تحدث هذه المرحلة عندما يبدأ المريض فى استدماج وتبنى منطق المعالج فى عبارات مثل «أذكر أنك قلت لى [أ] ولكنى فعلت [ب]» باعتبار ب ترتب على أ . فالمريض الذى تمت مواجهته مثلا بشأن إنفاقه نقودا تلقاها لشراء ملابس الشتاء على المخدرات قد يعود فى الأسبوع التالى قائلا : «لقد طلب منى أصدقائى أن أدخن معهم الحشيش يوم الجمعة الماضى ، ولكنى فكرت فيما قلته لى ، فذهبت واشتريت ملابس الشتاء» .

٣ - المرحلة الثالثة : تبدأ عندما يرى المعالج دلائل على أن المريض يستخدم دفاعات واستراتيجيات مجابهة أكثر نضجا . فقد تحدثنا مثلا فى الفصل الخامس عن تقديم دفاع بديل ، هو أن يقول المريض بأن لديه التزامات عندما يُدعى لتعاطى المخدرات حتى لا يشعر المريض بأنه طفل صغير عند رفضه طلب أصدقائه . ويأمل المعالج أن يأتى يوم فيما بعد يقول له فيه المريض : «لقد عرض على أصدقائى أن أتناول معهم المخدرات ولكنى رفضت وقلت لهم إن لدى عملا لابد أن أنجزه» .

وعلى المعالج أن يغتنم مثل تلك اللحظات . ففى حين علينا أن نؤجل تقديم التفسير [كما قال باين] حتى «يبرد الحديد» ، علينا أن نقدم التعزيز و «الحديد ساخن» ؛ أى نقيم صلة بين وجدان المريض الإيجابى والفعل الذى قام به . فيعلق المعالج بقوله «حسنا ، لقد شعرتَ بالرضا عن نفسك عندما

رفضت تعاطى المخدر ؛ لأنك كنت تعلم أن هذا هو الصواب» . ويأمل المعالج أن يوافقه المـريض فيقول «نعم ، لقـد قلت لنفسى إننى أحتاج لمعطـف شتوى جديد ، ولن أبدد نقودى مثلما فعلت فى الشهر الماضى» .

إدارة الجلسة والفيدباك

حوار فى جلسة

إن إدارة الجلسة هى مسألة ديـنامية تتطلب تكيفا مستـمرا داخل كل جلسة ، وتطويراً لاستـراتيجيـة ما بين الجلسات . وسنقـدم فيما يـلى حالة مطولة تبين كيـفية التكيف الذى يقـوم به المعالج مع ملاحظات المريض وكـيف يتحكم فى عمق التفسير .

حالة

يحكى مسـتر بيوكـانان ، وهو مريض يبلغ الخـامسة والعـشرين من العمر ذو سمات اتكالية ، كيف أنه التـقى «بصديقة قديمة» كانت قد دعته ليقضى الليلة معها . ويعلم المعالج أنه كـان لمستر بيوكانان بعض العلاقات الجنسيـة الغيرية فى الماضى ، ولكنه أخـيرا لم يعد لديه اهتمـام بالنساء ، وليست له علاقات فى الوقت الحاضر .

المعالج : هل لازلت مهتما براشيل ؟

المريض : لا ، إن لها صديقا الآن وهو [يثنى المريض عضلاته] من النوع الرجالى الحقيقى .

المعالج : أنت لا تريد أن تصطدم به ؟

المريض : لا ، المسألة لا تستحق .

المعالج : ولكنك كنت مهتما براشيل . . . . . ألم تعرض عليك ذلك العرض العام الماضى ؟

المريض : نعم .

المعالج : لا يوجــد كثير من الرجـال الذى يرفضون مثل هذا العرض [تلك ملحوظة خبيثة ولكن يبدو أن المريض يوافق عليها] .

المريض : نعم . . . . . وراشيل أيضا صاروخ ، ولكن كنتُ خائفا ، ولم أكن معتــدل المزاج فى تلك الليلة . . . . . والناس تتكلم كما تعلم ، ولم أكن أريدها أن تتكلم عنى مع بقية الفتيات .

المعالج : تعنى إذا لم تقم بدورك ؟

المريض : نعم .

المعالج : أى عندما تعجز عن مضاجعتها .

المريض : كلا . أنا لا يهمنــى أن أكون ضعيفــا جنسيا . . . . . إنهم يقولون أن العقل يسيطر على الجــسم ؛ ولذا فإن ما يحدث فى أجزاء الجسم العليا قــد يؤثر على أجزائه السفلى ، ولم أكن فى حالة مزاجية معتدلة .

المعالج : هل سبق أن واجهتك مشكلة مشابهة من قبل ؟

المريض : لا . . . نعم كانت هناك فتاة أخرى مهتمة بى (منذ سنتين) ولكنها أخبرتنى بأنها عذراء ، ولم أكن أعلم ماذا أفعل بها ، فتــركتها وانصــرفت ، وأعتقد أنهــا أخبرت صديقــاتها بما حدث ولم أرتح لذلك .

المعالج : قلن عنك أشياء مهينة ، وقد آلمك ذلك .

المريض : نعم . . . . لم أحب ذلك .

* * *

المعالج : أتعلم أن مما له دلالة ، أنك لم تعد تهــتم بالنساء فى الفترة الأخيرة . لم نسمع أثناء العلاج شيئا عنهن .

المريض : نعم ، لم أذكر شيئا عن النساء فى الشهور الأخيرة .

المعالج : ربما كان من المفيد أن تتحدث عن هذا الموضوع الآن [جس نبض المريض لأن يقوم بالتحكم فى مسار الجلسة] ، هذا أمر يمكننى المساعدة فيه .

المريض : حسنا . . . لقد كنت مشغولا فى الفترة الأخيرة نظرا لتسلمى عملا جديدا [تسلم عمله الجديد منذ حوالى شهر ، يسير فيه سيرا حسنا ، تقاريره ممتازة] وفكرت أنه من الأفضل أن أركز على عملى .

المعالج : أجزم أنك ترى نساء جددا هناك .

المريض : نعم [حكى المريض فى جلسة سابقة أنه توجد فى العمل امرأة تتحدث إليه باستمرار وتضايقه نوعا ما] ولكنى . . . . أحتاج لمرتب الشهر القادم لشراء نظارة جديدة . إنى أكره هذه النظارات ، لدرجة أننى أود أحيانا تحطيمها .

المعالج : لا يبدو لى منظرها قبيحا ، ما الذى يضايقك فيها ؟

المريض : حسنا . . . . إنها ليست النظارة . . . . إنه أنا ، شعرى قد طال أكثر من اللازم ، ويجب أن أسوى هذه الخصلات المتوجة ، ولقد جعلتهم يقصون نصفها . . . لم أذهب إلى الحلاق منذ شهرين . . . الحقيقة أننى يجب أن أذهب إليه مرتين فى الشهر . . . . أنا لا أعلم ما الذى تريده هؤلاء النسوة منى . . . .

المعالج : ألا تظن أنك وسيم ؟

المريض : أنا لا أعرف ماذا أظن .

* * *

المعالج : ربما ساعدنا أن نراجع بعض الأمور سويا . هل سبق أن مررت بخبرات سيئة جعلتك تشعر بأنك منبوذ أو لا جاذبية لك ؟

المريض : هل تذكر نيكى ؟

المعالج : نعم ، كانت صديقتك وأنت فى السادسة عشرة .

المريض : وكان عمرها ثلاثًا وعشرين ! ولكنها كانت . . [يسرد المريض كيف حاول مضاجعتها ولم يفلح] .

المعالج : [يشعر ببعض اليأس ويسمح له بالظهور عليه] يبدو أنه من الأفضل أن أسألك عن خبراتك الناجحة .

المريض : فيما عدا جانيت - التى كنت مستريحا تماما إليها - لا أحد ، بل لقد كنت أدفع للبغايا .

المعالج : هل فعلت ذلك مؤخرا ؟

المريض : كلا ، آخر مرة كانت منذ سنتين ، نزلت من الأوتوبيس فى . . . [منطقة ترتادها العاهرات] ودفعت ٤٥ دولارا مقابل ٢٠ دقيقة كنت أحاول توفير نقودى . ولكنها كانت قذرة جدا . . . . وكان على أن أستحم بعد عودتى للمنزل .

المعالج : لقد وجدتها مقرفة .

* * *

المريض : أريد علاقة مستمرة ، أنا أميل للوقوع فى الحب .

المعالج : من آخر شخص وقعت فى حبه ؟

المريض : . . . . أتعرف . . . . كانت جوان تريد أن تزداد معرفتها بى ، ولقد فعلتها . وهذا هو أحد الأسباب التى جعلتنى

أعود إلى مدينتها ، ولكن عندئذ كنت باردا معها . وفى العام الماضى ، عدت هناك مرة أخرى ، ولكنها كانت قد انتقلت ، وذهبت إلى مكتب البريد لأحصل على عنوانها الجديد ، ولكن بالطبع لم يعطوه لى . يبدو أنها انتقلت إلى مكان بعيد جدا . وأحيانا ، أتساءل هل سأقابلها مرة أخرى . إن بعض الفتيات هنا يذكرنني بها .

* * *

المريض : سأحصل على راتبى غدا . أعتقد أننى سأنفقه على شراء بعض زجاجات البيرة . أنا أحب لعب البلياردو . . . . هناك بار يحتوى على طاولات البلياردو ، أنا أحبه . من الصعب أن تشرب البيرة وحدك . أخذت جانيت إلى ذلك المكان ذات مرة وكنت ناسيا أن وجود فتيات ليل هناك . . . . لم يعجبها المكان .

المعالج : أنت لا تهتم بفتيات الليل .

المريض : كلا . . . . كنت أتحدث إليهن أحيانا ، ولكنى لم أكن أعرف ماذا أقول .

* * *

المعالج : من الصعب عليك أن تتحدث عن هذه الأمور مع أصدقائك من الذكور .

المريض : نعم ، لقد حاولت أخذ النصح من لارى ، ولكنه يظن أننى بارع جدا فى هذا الأمر وضحك منى ، لقد ظن أننى أمازحه أو شئ من هذا القبيل ، فى حين أننى كنت أريد تعاطفه .

* * *

من الواضح ، دون الدخول فى تفاصيل مقاصد العلاج ، أن تلك الجلسة كانت مثمرة ، إذ استخرج المعالج الذكريات المتصلة بالخبرات الحسنة والسيئة (كان معظمها سيئا) . والمريض يتخذ غالبا موقفا دفاعيا ومترددا ، ولكنه يفصح بسهولة عن ذكريات حقيقية ومؤلمة من الهوان والحرج فيما يتعلق بالخبرات الجنسية . وقد امتنع المعالج عن فرض قيمه ، ولو أن بعض المعالجين قد ينتهز الفرصة ليشير أن العلاقات الجنسية العابرة قد تصيب المرء بالإيدز . وقد تكون مثل تلك الإشارة علاجية ؛ لأنها تمد المريض بدفاع ضد اللقاءات الجنسية التى تشعره بالحرج والتى سيفشل فيها على أى حال . كما أن المعالج لا يؤيد بالضرورة الرغبة التى أبداها المريض فى إقامة علاقة حب طويلة ، والتى تبدو فى هذا السياق دفاعا ضد خوفه من الممارسة الجنسية وليست لها قيمة فى حد ذاتها .

وفيما يتعلق بالأمور الأقل أهمية ، مثل مظهر المريض ، فإن المعالج قد عبر مباشرة عن رأيه . كما كان أحيانا رسميا ومهنيا فى كلامه ، وكما كان ساخرا فى مرة واحدة على الأقل إلا أن المريض لم يأبه بذلك . وينجز المعالج مهمته على خير وجه فى العادة بقيامه بترديد جيد ، وبإعادة الصياغة ، وبقيادة الجلسة مستخدما عبارات إمبائية . وأحيانا ، يبدو وكأن المعالج يضع الكلام فى فم المريض ، ولكن هذا المريض بالذات كان قادراً على التعبير عن نفسه وراغبًا فى ذلك .

ونتيجة للضغوط التوجيهية للمعالج ، تم تغطية عدد كبير من الموضوعات فى الجلسة ، ومع ذلك لا ينسبها المعالج إلى الجنسية المثلية أو الخوف من جماع المحارم . والحقيقة أن هذا المريض قد تم اغتصابه وهو صغير ، وأن العلاقة الجنسية المشبعة الوحيدة كانت مع امرأة أكبر منه بكثير وذات طابع أموى . وفضلا عن ذلك ، فإن المعالج (فى هذه الجلسة) لم يفسر لماذا «نسى» مستر بيوكانان أن البار الذى ذهب إليه مع جانيت كان يحوى فتيات ليل ، أو لماذا لم يعلم أن ذلك سيسىء إلى جانيت .

أما إلى أى مدى نذهب فى استجلاء مثل تلك الموضوعات فيعتمد على استجابات المريض . ولا يجب أن يتصور المرء أن المريض سيطرح فى النهاية الموضوعات المهمة عندما يكون مستعدا لذلك ؛ إذ يجب أن يكون المعالج نشطا فى مثل هذه المواقف ، لأن المريض لن يحضر إلا مرة واحدة فى الأسبوع (إذا حضر أصلا) . لقد فوت المريض عدة جلسات ، ولكنه استمر مواظبا على العلاج لمدة سنتين ولم يظهر أية رغبة فى التوقف .

ليس هذا المريض من النوع المهلوس أو المرتد ، الذى تعتبر مثل هذه الجلسة تدخلا شديدا فى شئونه . إلا أن مستر بيوكانان حاول الانتحار عدة مرات فى الماضى ، كما شُخص ذات مرة على أنه شخصية بينية . والحق أن تشخيصه (بما فى ذلك سماته الاعتمادية) يبدو أنه اضطراب فى الشخصية ، كما يبدو أن علاجه سيطول أمده .

هذه حالة علاج تدعيمى ، والجلسة مثال جيد على العمل الإمبائى ، التوجيهى ، التدعيمى . وقد يرى بعض المعالجين أن هذا المريض ملائم للعلاج الدينامى طويل الأمد . وفى واقع الأمر ، أنه لابد من استعمل عمليات اكتساب الاستبصار فى هذه الحالة حتى مع استخدام أسلوب تدعيمى أساسا .

القسم الثانى

تطبيقــات

الفصل السابع

الفصــام

بالرغم من تشابه أســاسيات العــلاج التدعيمى عنــد استخدامــه فى معظم الاضطرابات النفسية ، فإن علاج الفـصام يمثل تحديا فريدا فى نوعه عند تطبيق تلك الأسس ، كما يحـتاج إلى استخدام تدخلات خـاصة بالأعراض وبالمرض نفسه .

استراتيجية العلاج

يتحـمل الطبيب النفسى الذى يمارس العــلاج التدعيــمى مسئوليــة العلاج بصفة عامة . ويقوم المريض أثناء جلسات العلاج التدعيمى بالمشاركة فى تطوير الخطة العلاجية والقرارات الخاصة بأنواع العلاج الأخرى كالأدوية . وتحتاج كل جلسة علاج تدعيمى مع مريض الفصام إلى قيام الطبيب النفسى بالاشتراك مع المريض ، بدرجات مـتفاوتة ، باستـشفاف أعـراض مرضه الحالى والعــلامات المنذرة بانتكاس وشـيك حتى يتعـامل معهــا . ويتطلب كل ذلك وصف الدواء والقيــام بالتحويــلات اللازمة ، فضــلا عن تطبيق فنيــات العلاج التدعــيمى . ويقــوم الطبـيب النفــسى أيضا خــارج الجلســات بالاتصــال نيــابة عن المريض باختصاصى الصحة النفسية الذى قد تتطلب الحالة تحويلها إليه .

والخلاصــة أن الطبيب النفسى يقوم بدور غـرفة العمليــات العسكرية التى تصدر منها القرارات ، وإن كان مدير الحالة[1] يقوم بإنجاز بعض هذه المهام فى

---

(١) مدير الحالة CASE MANAGER أو PROGRAMME MANAGER عضو فى الفريق العلاجى قـد يكون ممرضا أو أخصائيـا نفسيا أو إداريا يقـوم بمتابعة التوصـيات العلاجيـة والتزام المريض بالعلاج ، ويقوم بالتنسيق بين الجهات المختلفة التى ترعى المريض . المترجمان .

بعض الأماكن . ومع ذلك تظل مشاركة المريض فى اتخاذ القرارات ، والتحويل ، وتمثيل مصالحه عناصر أساسية فى العلاج . ويشعر الطبيب النفسى بالرغبة فى تواجده حيثما يحدث أمر يخص علاج المريض ، مثل مراجعة النتائج التى وصل إليها مع مدرب العلاج بالفن شخصيا أو متابعة ما يحدث فى الفرق العلاجية المختلفة ، وذلك مهما بلغت كفاءة مدير الحالة .

وعلى الطبيب النفسى أيضا متابعة حالة المريض الصحية العامة ؛ إذ لا يشكو العديد من مرضى الفصام أو يلاحظون أعراض الأمراض العضوية التى قد تصيبهم ، والتى قد تبلغ نسبتها ٥٣٪ بين المرضى المزمنين الذين يترددون على العيادات الخارجية (فارمر ١٩٨٧) . وقد اتضح من دراسة قامت بها منظمة الصحة العالمية بكاليفورنيا أن ١٤٪ من المرضى يعانون من أمراض عضوية لا يستهان بها ولم يخطروا مختصى الصحة النفسية بذلك ، وأن ٥٠٪ من مرضى الفصام من صغار السن يسىء استعمال الخمر أو المخدرات (تست ١٩٨٥) .

المسار الطبيعى لمرضى الفصام

يعتمد نجاح العلاج التدعيمى على معرفة المعالج للمسار الطبيعى لمرض الفصام . فالفصام مرض مزمن تعترى مساره فترات من التعافى والانتكاس الجزئى .لذلك ، يحتاج المريض إلى العلاج التدعيمى طيلة فترة مرضه : فى البداية ، وأثناء النكسات ، وخصوصا أثناء فترات التعافى . وتختلف طبيعة التدخلات حسب مرحلة المرض والأعراض وتاريخ استجابة المريض للعلاج فى الماضى . . . . إلخ .

ويعتبر انتكاس الأعراض من خواص العملية المرضية الأساسية ، كما أنها لا تزول بصورة كاملة بالعلاج سواء كان دوائيا أو علاجًا نفسيًا تدعيميًا

أو مـزيجًا من الاثنين . والدور الرئيـسى للعـلاج التـدعـيـمى ليس فى منع الانتكاسات بل فى الحـيلولة دون تفاقمهـا وإشاعتهـا الفوضى والاضطراب فى حيـاة المريض (ميندل ١٩٨٩) . ويؤدى العـلاج مهـمته تـلك بتخفـيفـه حدة الأعراض ومـساندته مـهارات المريض فى المجـابهة ، وإدراكه أهمـية العـلاقة العلاجية ، وتزويده بمنظور يتـضمن عناصر استبصارية وأخرى خـاصة باختبار الواقع والاطمئنان على المدى البعيد .

العلاج التدعيمى والفصام

من الخصائص المهمة لاستخدام العـلاج التدعيمى فى الفصام وزن العلاقة الواقعيـة القائمة بين المريض والمعالج ، والتـركيز على جوانب معـينة من الفنية أثناء الجلسات ، والتركيـز على الأسرة والشخصيات الأخرى المهـمة بالنسبة إلى المريض ، والأنشطة الخارجية ، والتوحد مع المعالج فى أحيان كثيرة .

العلاقة الواقعية

على من يستخدم العلاج التدعيمى فـى الفصام أن يتجنب الصمت والتباعد ، والتفسيرات التحليلية ، وإحباط إشباع الطرح بصورة كاملة ؛ إذ إن العلاقة بين الاثنين مسألة جوهرية . فقد اتضح من دراسات حديثة أن مرضى الفصام الذين تربطهم بمعالجيهم علاقات جيدة أكثر تـقبلاً للعلاج والتزامًا باستعمال الدواء ، وأقل استهلاكًا للأدوية ، وأفضل مآلاً عند مقارنتهم بنظرائهم الذين لا تربطهم بالمعالـج علاقة طيـبة . ويتـضح تحسن المآل ، بصـفة عامـة ، عند استـخدام مـختلف مـقاييس السـيكوباثولوجى ، والوظائف المعـرفيـة ، وظائف الأنا ، والوظائف الاجتماعية والأداء المهنى (فرانك وجندرسون ١٩٩٠) .

ويستطيع مـرضى الفصام المسـاعدة فى تصحـيح وتعديل أوجه قـصورهم الاجتماعى بواسطة تفاعلـهم مع المعالج بواقعية ومناقشة مدركاتهم الاجـتماعية

والتأكد من صحتها أو تعديلها عن طريقه . كما يتعلم المرضى من المعالج ومن تقليدهم لسلوكه كيفية تعديل قصورهم الاجتماعى . نسوق ، على سبيل المثال ، حالة مريض أقدم على الانتحار ، وبعد شهور رنّ الهاتف أثناء جلسته مع المعالج وامتدت يد المعالج للرد عليه - وجدير بالذكر أنه لا يجوز للمعالج تلقى أو الرد على مكالمات هاتفية أثناء الجلسات - ولكنه قال لنفسه بصوت مرتفع «لست مضطراً أن أفعل ذلك» وترك الهاتف . وبعد مضى سنة على هذا الحادث ، مر المريض مرة أخرى بأزمة انتحارية ، وأوشك على الإقدام على الانتحار ، ولكنه عندما تذكر سلوك المعالج ، قال لنفسه «لست مضطراً أن أفعل ذلك» وانصرف عن محاولة الانتحار .

وفى الجدول التالى ، مزايا العلاقة الواقعية بين المعالج والمريض . ونكرر بهذه المناسبة ما سبق لنا قوله من ضرورة تناول المعالج لموضوع قبول الهدايا من المريض أو إقامة علاقة شخصية معه بحصافة . ويجوز بصفة عامة للمعالجين الذين يتعاملون مع الفصاميين قبول الهدايا البسيطة والتفاعل معهم على أنهم بشر ، وحضور المناسبات الخاصة مثل حفلات التخرج أو حتى الزواج .

جدول (٧ - ١) قيمة العلاقة الواقعية

نمو المهارات الاجتماعية ومهارات التعامل مع الغير .
تحسن القدرة على اختبار الواقع .
الاتفاق على صحة مدركات المريض الحسية من عدمها .
تشجيع التوحد مع المعالج .
زيادة احترام المريض لذاته .
زيادة القدرة على التحلى بالهدوء أثناء الأزمات .

جوانب نركز عليها فى الجلسات الفردية

تكرار وزمن الجلسات : يحتاج تحديد تكرار الجلسات ومدتها وطريقة الاتصال بالمعالج إلى مرونة من ناحيته . فيحتاج المريض الذى يعانى من أعراض شديدة أو رغبات انتحارية قوية أو الهلاوس الآمرة أو من أزمات أخرى إلى معدل أكبر من الجلسات . كما ينبغى توفير وسيلة سهلة للاتصال بالمعالج ، عند علاج حالات المرض الشديد ، سواء عن طريق جهاز تسجيل الرسائل الهاتفية أو قيام أحد الأطباء بالتواجد بالتناوب للرد على المريض ، أو عن طريق توفير خدمات للطوارئ فى عيادة قريبة .

وتعتبر جلسة الخمسين دقيقة مرهقة بالنسبة إلى معظم المرضى ، كما أنها تسبب لهم القلق أو تعوق قدرتهم على الانتباه . وبالرغم من مثالية جلسة الثلاثين دقيقة بالنسبة إلى معظم المرضى ، فإن تحديد مدتها يعتمد على خصائص واحتياجات كل مريض ، ولابد من ممارسة أكبر قدر ممكن من المرونة عند تحديدها . فنجد مثلا أن بعض المرضى يحتاج إلى جلسة مدتها خمسون دقيقة مرة كل أسبوعين عند استقرار حالتهم ، ولكن يحتاج هؤلاء أنفسهم إلى جلسة مدتها ثلاثون دقيقة مرة أو مرتين فى الأسبوع أثناء انتكاسهم . ويعتبر تواجد المعالج عند الحاجة إليه أهم من طريقة الاتصال التى قد تكون هاتفية فى الأزمات الحادة أو خطية عن طريق الخطابات أو البطاقات البريدية أحيانا .

إسداء النصح : تناولنا فى الفصل الخامس الطرق المختلفة التى يستعملها المعالج عند تقديم الاقتراحات والنصح والإرشاد . ونضيف فى هذا الجزء إلى ما سبق أن قلناه ، أن نصح المريض بصورة معقولة أمر طبيعى فى العلاج التدعيمى لمرضى الفصام ؛ إذ يستطيع المعالج من خلاله مساعدتهم على تأمل قراراتهم والقيام بدور من يمثل الواقع بالنسبة إليهم ، بل ونصحهم أحيانا بأسلوب حازم دون فرض قيمه أو معتقداته عليهم . فقد يقول للمريض مثلا «هذا كلام غير معقول» أو «لا ينبغى استخدام الأدوية النفسية والمخدرات فى آن واحد» أو «لقد ذهبت للتسوق بمفردك وهذا شئ عظيم» .

التكرار : قد يحدث أن يقوم معالج ببذل جهد كبير مع مريض ليوضح له موقفا معينا مثل علاقته بشخص ما مع مساعدته على إدراك الانفعالات المصاحبة حتى يتبع سلوكا أكثر توافقا ، ثم يكتشف فى الجلسة التالية ، لدهشته الشديدة ، عند مناقشته موقفًا مشابهًا للمريض مع شخص آخر أنه لم يتعلم شيئا بل يكرر نفس اتجاهاته وأنماط سلوكه الهادمة للذات . وذلك لأن التفكير العيانى والعجز عن التعميم على المواقف ، وصعوبة التنقل بين الاتجاهات النفسية المختلفة من أوجه القصور الأساسية التى يتصف بها الفصام ؛ إذ إن إدراك المريض لأبعاد الموقف (أ) لا يعنى بالضرورة إدراكه أبعاد الموقف (ب) بالرغم من الفروق الضئيلة بينهما من وجهة نظر المعالج . فيضطر إلى شرح البديهيات نفسها وتكرار التوصيات نفسها مرات ومرات . ويمثل هذا التكرار استمرارا للعملية العلاجية كما أنه يعلم الصبر ، فضلا عن أنه يمكن المريض من تطبيق ما اكتسبه من استبصار أو ما سمعه من توصيات على مواقف تختلف فيما بينها بصورة بسيطة من ناحية السياق أو من ناحية الأشخاص الذين يشتركون فيها .

جوانب نركز عليها خارج الجلسات

الاتصال بالأسرة والآخرين : يعتبر تغير النماذج المطروحة لشرح مرض الفصام إنجازا رئيسيا ؛ إذ أصبحت الأسرة تشترك فى العلاج لأغراض تدعيمية أو لجمع المعلومات أو لحل الأزمات بعد أن كان المعالجون يتخذون منها موقفا عقابيا بصفتها من أسباب المرض أو يتجاهلونها تماما (زيجلر وأوزموند ١٩٧٤) .

ويبدأ اتصال المعالج بالأسرة أثناء وجود المريض فى المستشفى أو عند تعرضه لأزمة حادة . ويقتصر فى البداية على جمع المعلومات ، ثم يقوم المعالج فى مرحلة لاحقة وبعد استئذان المريض بشرح طبيعة أعراض المرض ، ومساره ، والعلاج ، وآثار الدواء الجانبية ، وما إلى ذلك ، للأسرة . ويخدم

هذا الشرح عدة أغراض ، فيخفف من إحساس الأسرة بالذنب أو القلق بدون مبرر عند شعورهم بأن المعالج لا يلومهم على إصابة الشخص بالمرض . كما أن معرفتهم للمسار يزيل معتقداتهم الخاطئة ومعتقداتهم المتشائمة وغير الواقعية ، أو استخفافهم بالمرض من جهة أخرى .

ويصحح الشرح والتوعية مخاوف الأسرة الخاطئة التى تظهر عند تحسن المريض ؛ إذ كثيرا ما يتعود أعضاء أسرة المريض التدهور على سلوكه المتبلد أو ضحالة انفعالاته ، فيؤدى تحسن المريض بواسطة العلاج وما يستتبعه من زيادة فى نشاطه وبروز استقلاليته وتأكيده لذاته إلى توهم الأسرة بأن المريض قد أصبح عدوانيا (ماسون وآخرون ١٩٩٠) . وتعتمد التوعية الصحيحة على الاتصال المنتظم بالأسرة لتبديد مثل هذه التصورات الخاطئة .

إن أعضاء الأسرة وغيرهم من المخالطين للمريض هم أول من يلاحظ الأعراض أو التغيرات الطفيفة التى تنذر بانتكاس وشيك ، فيقومون بالتالى بتنبيه المعالج فى الوقت المناسب لمنع استفحالها . وفضلا عن دورها التدعيمى ، يقوم المعالج أيضا بتدريب الأسرة على إتاحة فرصة اختبار الواقع للمريض ومنع تجاوزاته فى جو من المحبة والرضا والهدوء النفسى المصحوب بالإمباثية عند شعور المريض بالقلق الشديد . وتخفف كل تلك الآليات من حدة قلق المريض وتحسن مهاراته الاجتماعية وتساهم فى دعم احترامه لذاته .

إن مرونة المعالج فى التعامل مع أفراد الأسرة لا يتيح لهم فرصة تسهيل العملية العلاجية فحسب ، بل إنه قد يجعل منهم معالجين مساعدين إلى حد ما . وللاتصال المعتدل بالأسرة مزايا كثيرة مبينة فى الجدول التالى . وسنقوم بتفصيلها والتعرض لبعض المحاذير فى الفصل ١٦ .

جدول (٧ - ٢) مزايا التعاون بين المعالج والأسرة

جمع المعلومات .
تعزيز العلاقة التدعيمية بين المعالج والمريض .
تهدئة الجو الأسرى المتوتر .
تصويب المفاهيم الخاطئة والشعور بالذنب والتوقعات غير الواقعية .
منع تجاوزات المريض بصورة معقولة .
اكتشاف أعراض الانتكاس المبكرة .

ويقوم المعالج بالإضافة إلى مناقشة القضايا السابقة وتأكيد أهميتها بالنسبة إلى العلاج بالاتصال بالمتخصصين فى التأهيل وزيارة ورش العمل المحمية والأماكن الأخرى وحضور الحفلات الموسيقية التى يقيمها المرضى .... إلخ .

طريقة التعامل مع أعراض معينة

يعتبر التعامل مع أعراض معينة ، مثل الهلاوس والضلالات والأفكار الإيمائية ، جزءًا لا يتجزأ من فن العلاج التدعيمى . وعلى المعالج تجنب موافقة المريض على محتويات ضلالاته أو هلاوسه ؛ لأن تصنع الموافقة يزيد من قلق المريض ، ويسبب الارتباك لقدرته على اختبار الواقع ، ويدعم تفكيره الذهانى ، كما يخلق أحيانا ما سماه هارى ستاك سوليفان بالثنائية البارانويدية (ستانتون وشوارتز ١٩٥٤) .

وينبغى أن تكون لدى المعالج القدرة على تكوين رأى سليم فيما يتعلق بمتى وكيف يتعامل مع الأعراض ، ومتى يقوم بالملاحظة وتخزين المعلومات للتعامل معها فى المستقبل ، ومتى يكتفى بالصمت عند ظهور مثل تلك الأعراض . ومن ضمن الاستراتيجيات الأساسية إقناع المريض بأن هويته الفعلية

أفضل وأكثر جاذبية بالنسبة إلى المعالج من الهوية التى تشكلها الضلالات والهلاوس والأفكار الإيمائية .

الهلاوس

تحتل الهلاوس مكانة رئيسية ضمن أعراض الفصام بصورة جعلت العامة يسمونه بمرض «سماع الأصوات» . وبالرغم من ذلك تختلف المعاناة ودرجة العجز التى تسببها الهلاوس بين مريض وآخر . فبعضهم يسعد بالهلاوس ويستمتع بها (موديل ١٩٦٠) ، مثل ذلك المريض الذى بلغ الخمسين والذى كان يشعر بالراحة عند سماعه للهلاوس المكونة من صوت ممرضة طيبة القلب كانت تقوم برعايته منذ سنوات . وكثيرا ما صادفنا بين مرضانا من يضحكون فرحين عند سماعهم للأصوات الهلوسية . وعلى المعالج فى مثل هذه الحالات تجاهل الهلاوس والتركيز على الأعراض المرضية الأخرى التى تعوق المريض .

وفى حالة اتخاذ المعالج قرارا بالتعامل مع الهلاوس ، عليه أن يبين للمريض أنه لا يسمع الأصوات أو يرى الأشياء التى يراها المريض مع استمراره فى إظهار الود واستمرار الصلة . ويتم ذلك أحيانا باستخدام عبارات بسيطة مثل «أجد صعوبة فى فهم هذه الخبرة» أو «أعرف أنها خبرة مهمة بالنسبة إليك ولكن ربما توجد طريقة أخرى لفهمها» .

ونبدأ التدخل العلاجى بالتحرى عن الظروف التى تؤدى إلى ظهور الهلاوس . فالتحرى عن إطارها بهدوء يساعد المريض على وضع الخبرة فى إطارها الصحيح ، مع التركيز على الإطار ككل وعدم الاكتفاء بالتركيز على الخبرة المرضية فى حد ذاتها فقط . فقد يتضح مثلا أن الهلاوس لا تظهر إلا أثناء الوحدة أو عند الشعور بخيبة الأمل بسبب الفشل فى علاقة مع شخص آخر ، وما يترتب على ذلك من انحطاط فى اعتبار الذات . وكثيرا ما تظهر الهلاوس والمريض بمفرده ، عند ذهابه للحمام مثلا . وتوضيح العلاقة للمريض بين الموقف وظهور الهلاوس يضع خبرته المرضية فى سياقها الصحيح ويخفف من طابعها المخيف .

وقد تتخـذ الهلاوس شكل أصوات تحقـر من شأن المريض وتصاحـبها فى الوقت نفسه إحـساسات جسمـية غريبة . وتفسـير الحدث (إن شعورك بخـيبة الأمل هو الذى سبب لك تلك الخبـرة) أهم من تفسير محتـواه (إن ما تشعر به نتيجة حـصر الخصاء CASTRATION ANXIETY) . ويقول سيلفانو آرييتى إن تأمل كل هلاوس الفصـام بعناية يبين أنها ردود فعل لما يتـصور المريض بأنه اعتداء على اعتـباره لذاته ، وإن تبيين هذه الحقيقة يؤدى فى النهـاية إلى اختفاء هذا العرض (آرييتى ١٩٧٤) .

حالة

مريضـة تشكو من خليط من الهلاوس السمـعية والبصـرية تجمع بين صوت الله والرموز الجنسية والدينية ، تعمل فى ورشة محمية . وعند قيام المعـالج بتحـرى سياق الهـلاوس ، تبين أنهـا وقعت فى حب شـخصـية مرمـوقة من طرف واحد . وهنا قام المعـالج بالتعليق على شعـور المريضة بالإحبـاط تجاه تلك الشخـصية المرمـوقة ، بدلا من التطرق إلى مضـمون الهلاوس الأوديبى . واستـمرت فى الاعتقاد فى صـدق هلاوسها لمدة من الزمن ثم اختفت بعد ذلك .

وعلى المعالج أن يدرك تماما أن التوصل إلى مـعرفة الظروف المؤدية لظهور الهلاوس لا يتحـقق بين غمضة عين وانتبـاهتها ، بل عليه اسـتكشاف الآليات مرات عديدة كما قد يضطر إلى شرحها للمريض مرات ومرات .

وقد تسبـب الهلاوس للمريض أحيـانا مـعـاناة تفـرض على المعـالـج الاستعـانة بوسائل إضافية . فـيُقال مثلا إن تكثـيف الإثارة السمعية الخـارجية باستـخدام راديو مزود بسمـاعات ستيـريو يساعد على التـخلص من الهلاوس السمعـية (فيدر ١٩٨٢) . كمـا تؤدى «الدندنة» والغناء إلى النتيجة نفـسها فى بعض الحالات .

وفى أحيـان أخرى ، تتطلب الحكمة من المعـالج عدم التعـرض للهلاوس بصورة مـباشرة بل الاكتـفاء بالتهويـن من شأنها ، أو الالتزام بصـمت مؤقت اسـتراتيـجى حول الموضـوع مع التركـيـز فى الوقت نفسـه على الموضوعـات الإيجابية مثل مـا حققه المريض من مكاسب فى القدرة على التـعامل مع الحياة اليومية أو ازدياد مهارته فى العمل .

وتحتـاج الهلاوس الآمرة إلى التقـييم الدقيق والانتـباه إلى طبيعـة الأوامر ومدى انصيـاع المريض لها فى الماضى ، ووجود أعراض أخـرى كالضلالات ، ومعـرفة ما إذا كان المريض يسـتطيع تحديد هوية مصـدر الصوت (هيليرسـتاين وآخرون ١٩٨٧) . وأثبتت إحدى الدراسـات أن تمكن المريض من التعرف على هوية المتـحدث فـى الهلاوس والضـلالات المعـتمـدة على الهـلاوس يزيد من احتـمالات انصياعـه للأوامر التى يسمعـها ؛ بينما لم يثـبت أن خطورة الأمر الصادر عامل فى تنفيذه للأمر الهلوسى (جانجينجر ١٩٩٠) .

وقـد تتطلب حـالة المريض أحـيـانا زيادة جرعـة الدواء أو حـتى إدخـاله المستشفى ، وفى أحيان أخرى نجـد أن المريض يكتسب قدرة أكبر على السيطرة وعلى التمييز بين التفكير الذهانى والسلوك الأقرب للعقلانية ، عند قيام المعالج بلفت نظر المريض إلى نجاحـه فى مقاومة الأوامر الهلوسـية فى الماضى وسؤاله عن العوامل التى ساعدته على ذلك (سارتى وكورنوس ١٩٩٠) .

وعندما تعطل الهـلاوس أداء المريض ينبغى على المعالج اسـتخدام الأدوية المضادة للذهان فى كل الأحوال تقـريبا . وسنقوم فى جزء لاحق بشرح كـيفية الجمع بين الأدويـة والعلاج التدعـيمى ؛ وفى الجـدول التالى شـرح لأساليب الاستجابة العلاجية للهلاوس .

جدول (٧ - ٣) أنواع الاستجابة العلاجية للهلاوس

لا توافق المريض على صدق هلاوسه .
تحرَّ الظروف المحيطة بظهور الهلاوس .

حاول تفسير حدوثها (كرد فعل لصدمة لاعتبار الذات مثلا) .

اشرح آلية ظهور الهلوسة للمريض مرات متكررة .

حاول معالجة الحالة بزيادة الإثارة الخارجية (سماعات راديو ستيريو) .

اطلب من المريض القيام بالشوشرة على الهلاوس «بالدندنة» أو الغناء .

تجنب التركيز على الهلاوس ، وركز بدلا من ذلك على النواحى الإيجابية .

الضلالات

تمثل الضلالات شأنها شأن الهلاوس تحديا لمهارة الممارس . ويتنافى التأمين على الضلالة أو تقبل المعتقدات الضلالية مع أصول العلاج ؛ إذ يستجيب المريض لاتفاق المعالج معه على صدق ضلالاته بعدم الاستقرار والتوتر لما يراه فى تلك الموافقة من تأكيد لمخاوفه ولاستنتاجه أن المعالج لم يعد على صلة بالواقع .

وتتصف ضلالات كثيرة بالرسوخ ، كما أننا نسمع كثيرا عن معتقدات ضلالية استمرت كما هى لمدة عقود كنسق ضلالى متحوصل ودون ظهور أعراض ذهانية صريحة أخرى . وفى حالة وجود مثل هذه الضلالات المترسخة ، يستحسن التساؤل عنها أو التشكيك فيها برفق ، كأن يقول المعالج : «ربما كان هناك تفسير آخر لذلك» أو «أجد صعوبة فى تصديق ذلك» ، بدلا من مواجهة عدم صحة الضلالة مباشرة .

يمر المريض المصاب بالضلالات بثلاث مراحل محددة أثناء تعافيه من النوبة الذهانية الحادة :

١ - **المرحلة الضلالية** حين يؤمن بالضلالة بشكل مطلق .

٢ - **مرحلة ازدواج الوعى** حيث تتجاور الضلالة مع اختبار أسلم للواقع (يتساءل المريض عن صحة الضلالات وقد يقبلها ويرفضها فى الوقت نفسه أو يحاول إخفاءها أو قمعها) .

٣ - **مرحلة زوال الضلالة** حين تختـفى أو لا يتخلف عنها سوى البـقايا (ساكس وآخرون ١٩٧٤) .

ويستطيع المعـالج من إلمامه بتلك المراحل اخـتيار التـوقيت المناسب للقـيام بمواجهة علاجية للضلالات .

وإذا لم يكن لدى المريض أى شك فى صـدق الضلالة ، تتـخذ المواجـهة شكل أسئلة حـذرة وعبارات تشكيكيـة طفيفة . ويـقوم المعالج بالمواجهـة فور إظهار المريض لأى شك فى صدقـها (رادن وآخرون ١٩٨٢) . ويتأتى ذلك من خـلال تعـزيز أنا المريض الملاحظ OBSERVING EGO بسـؤاله عن صـدق الضلالة بجـرأة أكبر والشروع فى تحـرى الظروف المحيطة بنشوئهـا . وإذا كان المريض قد تحـسن بحيث إنه لم يعـد يصدق ضـلالته أو إذا كان قـد تمكن من الابتعـاد عنها نفسـيا بدرجـة كافيـة ، فعلى المعالج اسـتكشاف عمـلية تكوين الضلالات باستفاضة كما قد يقوم بتفسير مضمونها أحيانا . وفى الجدول التالى أساليب الاستجابة العلاجية للضلالات .

جدول (٧ - ٤) أنواع الاستجابة العلاجية للضلالات

اطرح أسئلة حذرة أو أظهر تشككا طفيفا .
عند إظهار المريض لأى شك فيها ابدأ فى مواجهة الضلالة واستكشاف طريقة تكوينها .
عند تخلص المريض من ضلالاته ، استمر فى استكشاف عملية تكوينها وفسِّر مضمونها إن أمكن .
وافق المريض على عناصر الضلالة التى تتفق مع الواقع .
حاول تفسير الضلالة على أنها تعبير عن شعور واقعى بأسلوب شاعرى أو خيالى .

تحتوى أكثر الضلالات غرابة على شىء من الصدق ، أو كما قال هنرى كيسنجر «إن لمريض البارانويا أيضا أعداء» ؛ إذ إن سوء الظن والمهارات الاجتماعية المتدنية والانسحاب الانفعالى التى يتصف بها من يعانون من الضلالات تخلق فى حد ذاتها ردود الفعل والمؤامرات التى يخشاها المريض (كاميرون ١٩٥٩) . وعلى المعالج التأمين على العناصر الواقعية الموجودة فى الضلالة حتى يصدقه المريض عندما يقوم بمواجهة العناصر غير الواقعية فى مرحلة لاحقة . كأن يوافق المريض على أن رئيسه فى العمل يضايقه ثم يتساءل فى الوقت نفسه عن دور المخابرات أو غيرها فى سلوك رئيسه .

ويستطيع المعالج تفسير بعض الضلالات حتى لو كان المريض شديد التمسك بها بطريقة تخلو من التحدى وتمهد فى الوقت نفسه لظهور وعى مزدوج بالضلالة ثم دمجها ضمن استبصار المريض فى المستقبل .

حالة :

مريض فى منتصف العمر ، يشكو بحدة من أن والديه وحشين من المريخ . وعبّر المعالج عن شكه فى أن يكون والداه قادمين من المريخ ، ولكنه لمح إلى أن المريض ربما يعبر عن مشاعره نحوهما بطريقة بلاغية . وبعد بضعة شهور ، أصبح المريض قادرا على التحدث عن الضلالة مع تصديقه لها بصورة جزئية وتأكيده فى الوقت نفسه بأنها قد تمثل أسلوبا شاعريا أو خياليا فى التعبير عن مشاعره نحو والديه .

وحتى عندما يعجز المعالج عن تفسير الضلالة بصورة مباشرة أو عن زرع الشك فيها فى نفس مريضه ، قد يكتسب المعالج استبصارا كبيرا بحالة المريض من خلال فهمه لما ترمز إليه الضلالة .

حالة :

مريض يعانى من ضلالة محتواها أنه شرير فيلم حرب الكواكب . أصبح يرتدى ملابس تشبه ملابس الممثل الذى قام بالدور ، ويقوم بترويع

أطفال الحى وتكرار عبارات الشرير . أدرك المعالج أن هذه الضلالة تعكس ازدواجية مشاعر المريض نحو أبيه (التى تشبه علاقة بطل الفيلم بالشرير) . وبالرغم من امتناع المعالج عن تفسير هذه العلاقة بشكل مباشر فإن توصله إلى هذا الانطباع دفعه إلى التركيز على علاقة المريض بالأب وخاصة استخدام المريض لآلية التوحد مع المعتدى (روجتسيفيتز ١٩٨٧) . وأدت جهود المعالج الرامية إلى تغيير ديناميات الأسرة إلى تحسن المريض .

وفى بعض الأحيان تقل حدة الضلالة ، عند وضعها فى إطار يبرز الطبيعة البشرية والعنصر المفهوم الكامن خلفها . ويؤدى توفير مثل هذا السياق إلى تخفيف القلق والإحساس بالشذوذ اللذين تثيرهما الضلالة فى نفس المريض . فقد يستجيب المعالج مثلا على النحو التالى لمريضة تدور ضلالتها حول استحقاقها لمبلغ كبير من المال . فيقول لها : «كلنا يرغب فى أشياء يعرف أنها ليست واقعية ولكننا نتصرف وكأنها كذلك . فأحس مثلا فى بعض الأحيان بأننى سأربح اليانصيب ، أو أفترض أحيانا أننى سأعيش إلى الأبد ، ولكن جزءاً من نفسى يحدثنى بأن ذلك كله ليس صحيحا . وكونك تتمنين أن يدفع لك الجيش مليون دولار بسبب طردك من الخدمة أمر مفهوم» .

ويميل بعض المرضى إلى التخلى عن ضلالاتهم أو التعايش معها ومع الواقع فى آن (ازدواج الوعى) عند اقتناعهم بأن المعالج يتقبلهم على علاتهم . فالضلالة ، كما قال فرويد عن حالة شريبر (فرويد ١٩١١/١٩٥٨) عرض ثانوى فى معظم الأحيان . فهى تمثل رد فعل - تعويض أو محاولة للإخلاف[1] - لخوف بدائى (كالخوف من الجنسية المثلية فى حالة شريبر)

(١) الإخلاف RESTITUTION وسيلة دفاعية يستخدمها مريض الفصام ليشيّد بواسطتها أوهاما تمنحه معنى لحياته أو لما يقوم به أى تعوضه . ولم نستعمل كلمة تعويض الدارجة ؛ لأنها مرادفة لآلية أخرى هى التعويض COMPENSATION . والإخلاف من أخلف عليه أى عوضه . المترجمان .

أو للشعور بانحطاط الذات . ومن ضمن العوامل الرئيسية المؤدية لتوارى الضلالات فى بعض المرضى ، تقبلهم بواسطة المعالج حتى مع وجود جوانب يشعر المريض بأنها تبعث على الخزى أو المفعمة بالإحساس بالذنب (مثل : ميوله الجنسية ، أدائه الهامشى لعمله ، أو خلفيته الأسرية المشينة) .

يلجأ المعالج بطبيعة الحال عند وجود ضلالات معوقة أو خطرة إلى مضادات الذهان أو يقوم بتعديل النظام الدوائى الذى يتبعه المريض .

الأفكار الإيمائية IDEAS OF REFERENCE

نتعامل مع الأفكار الإيمائية بنفس الطريقة التى استعملناها مع الهلاوس والضلالات . وتمثل تلك الأفكار مرحلة مبكرة جدا من الانهيار الذهانى التى يحاول أثناءها المريض العثور على معنى لما يحس به من قلق وارتباك . ويستحسن أن يقوم المعالج فى تلك الفترة باستخدام عبارة إمبائية توصل للمريض إحساسه بمدى الفزع الذى يحس به فى هذه الفترة . ومع نمو الألفة بينهما ، يجمع المعالج بين تصريحه الإمبائى وتعليق مفاده أن استشعار المريض للأفكار الإيمائية قد يكون محاولة منه للعثور على معنى للأمور التى غدت مربكة أو فقدت معناها بالمرة .

وقد تظهر الأفكار الإيمائية أيضا فى مراحل المرض المزمنة ؛ لأنها تشعر المريض بأهميته التى لا تتحقق إلا بها . فإذا كان التليفزيون يتحدث عنه فلابد أن يكون شخصا مهما . ومن الفنيات المستخدمة فى هذه الحالة استخدام عبارة إمبائية تنقل للمريض إحساس المعالج بأنه يدرك بأنه يشعر بأن ثمة ما يهدد اعتباره لذاته أو حاجته إلى زيادته ، على أن يقدم المزيد من التفسيرات فى مرحلة لاحقة .

وكما فى الهلاوس والضلالات ، يقوم المعالج بتعديل أو الإضافة إلى مضادات الذهان إذا كانت الأفكار الإيمائية خطيرة أو تسبب العجز للمريض .

وفى الجدول التالى مدخل للتعامل مع الأفكار الإيمائية أثناء العلاج التدعيمى يتضمن مستويات للاستجابة العلاجية . وتعتمد الاستراتيجية الأساسية على خلق الانطباع لدى المريض بأن المعالج يفضل شخصيته الفعلية على الشخصية المهمة أو المضطهدة التى صنعتها الأفكار الإيمائية . وبمرور الوقت يسعى الطبيب النفسى إلى الوصول بالمريض إلى تغلب الواقعية على تفكيره (المستوى ى) ، وإن كان يضطر فى أحيان كثيرة إلى الاكتفاء بالوصول إلى مرحلة ازدواج الوعى (المستوى و) . وفى كثير من الأحوال لا يتجاوز فصاميون كثيرون مرحلة الوعى الاجتماعى (المستوى هـ) ، وهو مستوى محدود ولكنه لا يتعارض مع ممارسة المريض لعمل ما أو زواجه أو أن يحيا حياة مشبعة .

جدول (٧ - ٥) مستويات الاستجابة العلاجية للأفكار الإيمائية

مستوى وعى المريض	مستوى الاستجابة العلاجية
أفكار إيمائية ثابتة (مواجهتها خطرة ؛ شعور المريض بالألفة نحو المعالج غير مضمون)	(أ) تعامل مع المخاوف والانفعالات الناتجة عن الأفكار دون موافقة على مضمونها .
أفكار إيمائية ثابتة (ألفة محدودة)	(ب) بيّن للمريض أن المعتقدات تكسب خبراته أو ما يلاحظه معنى ، بدون موافقته على استنتاجاته .
أفكار إيمائية مضعضعة (قابلة للمناقشة)	(ج) ناقش مع المريض احتمال وجود معان أخرى لخبراته وملاحظاته .
بداية ملاحظة الذات (بداية تشكك المريض فى أفكاره)	(د) شجعه على ملاحظة نفسه ؛ أى دعم أى تلميح يصدر منه ويفهم منه أنه يشك فى صحة الأفكار .
نمو الوعى الاجتماعى	(هـ) شجع المريض على إدراك عدم موافقة غيره على أفكاره الإيمائية ؛ وبين له أن التحدث عنها مع آخرين غير المعالج لن يفيده بل قد يضره .
مرحلة ازدواج الوعى أو إدراك الواقع ووجود الأفكار فى آن .	(و) عندما يصل إلى هذه المرحلة ، شجعه على الشك فى صدق الأفكار .
التفكير بصورة واقعية أساسا مع وجود بقايا من الأفكار الإيمائية .	(ى) ساعده على فهم المواقف التى نشأت أثناءها الأفكار بأسلوب دارج وعيانى بقدر المستطاع ، كأن تقول له «أنت تحس بأنك مهدد» ، بدلا من «أنت تمر بموقف أوديبى» .

إنكار نوبات الذهان

يتخذ التعافى من نوبات الذهان الحادة أشكالا مختلفة تتراوح بين الإنكار والنسيان ، مرورا بوعى محدود بالأعراض الذهانية أو استبصار جزئى بأسباب ظهورها ، وبين الفهم والاستيعاب الكاملين للنوبة الذهانية بأسرها فى بعض الأحيان (ماكجلاشان وآخرون ١٩٧٥) . وينكر المريض فى العادة أهم أعراضه الحادة ، فيحرم نفسه بالتالى من فرصة التعلم من الخبرة وتوقى تكرار نوبات مماثلة .

وقد يعجز المعالج فى مراحل العلاج التدعيمى المبكرة عن التعامل مع الإنكار والنسيان بصورة مباشرة . ومع تكون التحالف العلاجى ، لا يتجاهل المعالج هذه الظواهر بل يبدأ فى استعمال تعليقات بسيطة تساعد المريض على استيعاب خبرته كأن يقول له إن النوبة الذهانية أصابته عندما كان يشعر بالقلق لرفض أحدهم إياه ، أو أن توقفه عن استعمال الدواء كان السبب فيما حدث . ويتمكن المريض عن هذا الطريق من الحصول على شرح معرفى وسببى للنوبة الذهانية ؛ الأمر الذى يسمح له بالتوصل إلى معنى لخبرة لم يكن لها معنى أو تفسير على الإطلاق .

ويستطيع المريض تحمل المزيد من الاستكشاف حتى عند استعمال شرح غير دقيق لنوبة الذهان . ومع شعوره بتقبل المعالج له وأنه لن يصبح مادة للسخرية أو الإدانة ؛ يتمكن المريض من تذكر المزيد عن نوبته الذهانية . وليس الهدف من مثل هذا الاستكشاف إعداد قائمة شاملة للأعراض بل مساعدة المريض على إدراك ما حدث له مع شئ من الفهم للعملية التى أدت إليه .

الاكتئاب والفصام

يعتبر وجود الاكتئاب من معوقات العلاج التدعيمى الأساسية ولا سيما إذا كان المريض يمر بمرحلة تعافٍ من نوبة ذهانية حادة . وتختلف الآراء حول ما

إذا كانت نوبات الاكتئاب التى يمر بها الفصاميون مرضا مستقلا بذاته ، أم اكتئابا كان المريض يعانى منه فى السابق وظل مختفيا خلف واجهة الأعراض الذهانية ، أم من خصائص مرض الفصام نفسه (ماكجلاشان وكاربنتر ١٩٧٦ ؛ تيلور ١٩٩٢) .

ويتضح من الدراسات المسحية المنشورة أن نسبة حدوث أعراض اكتئابية بين مرضى الفصام تتراوح بين ١٩٪ و ٨١٪ . ونلاحظ فى أغلبية المرضى تزامن مسار الأعراض الذهانية والاكتئابية مما يشير إلى أن الأعراض الاكتئابية جزء لا يتجزأ من مرض الفصام نفسه فى حالة أولئك المرضى . ومن جهة أخرى ، يختلف مسار أعراض الاكتئاب عن أعراض الذهان لدى ١٥٪ من المرضى (٩ - ٣٣٪) ، وهى المجموعة التى ينطبق عليها مصطلح «الاكتئاب اللاحق على الذهان» والتى تتكون بدورها من ثلاث مجموعات فرعية :

(١) مجموعة تتحسن فيها الأعراض الاكتئابية بصورة أكثر بطئا من الأعراض الذهانية .

(٢) مجموعة يبدأ فيها الاكتئاب بعد زوال الأعراض الذهانية الحادة .

(٣) مجموعة يظهر فيها الاكتئاب بعد مرور حوالى سنة على تحسن الذهان (ليف ١٩٩٠) .

وعلى أى حال ، يبقى الاكتئاب من أهم التحديات التى يواجهها المعالج ؛ إذ ينبغى عليه التعامل بحرص مع الظواهر الاكتئابية ، فضلا عن استعانته بمضاد اكتئاب مناسب . وتشمل الخطوة الأولى تكوين انطباع واضح عن الأعراض ، الأمر الذى يحتاج إلى مزيج متوازن من الأسئلة الاستكشافية والجمل الإمبائية والتدعيمية . فالمريض الذى كان يجيد التعبير عن نفسه فى السابق قد يلزم الصمت الشديد أو لا يُقبل على تبادل الحديث . ويساعد شرح الاكتئاب اللاحق على الذهان للمريض وتوضيح كثرة حدوثه على قيامه باستيعاب الخبرة

وتحمله للانفعالات السلبية التى يعانى منها . وقد نساعد المريض أحيانا وخاصة عند شعوره بالتعب بأن نبين له أن مثل هذا الشعـور يحدث كثيرا فى الأمراض الأخرى مثل الالتهـاب الرئوى أو أثناء التماثل للشفاء بعد عمليـة جراحية ؛ إذ إن الاستعانـة بالأمراض العضوية عند الشرح أسهل على المريض مـن استخدام مصطلحات الطب النفسى .

ويحتـاج المعالج فى هذه الحالات إلى بذل جـهد مضاعف لدعم العـلاقة العلاجيـة حتى ولو بدت مستتـبة . ويعتبر تغـيب هؤلاء المرضى عن الجلسات ناتجا عن شـعورهم بالكسل وانعدام الدافعـية وأعراض الاكتئـاب الأخرى التى يعانون منها ولا يدل على تمردهم على العلاج .

ومع تكشف ديناميات الحالة ، قد يقوم المعالج باختيار قضايا معينة يتعامل معها . ومن القضـايا الشائعة الفجيعة والحداد وازدواجيـة مشاعر المريض نحو نوبة الذهان ومشاكل الحـياة التى قد تسبب الاكتئاب لأى إنـسان . ويحتمل أن يكون المريض قد فـقد عـزيزا فى الماضى مع عدم تمكنه من التـعبيـر عن حزنه بصورة كـافيـة بسبب الانهيـار الذهانى الذى كان قـد مر به (روث ١٩٧٠) . ويقوم المعالج عندئذ بتشجيع عمليـة الحداد بحث المريض على التعبير عن حزنه لفظا وانفعالا وتذكر الفقيد مع استعمال المعالج للجمل الإمباثية .

وفى أحيـان أخرى ، يشـعر المريض بازدواجـية شديدة نحـو نوبة الذهان ولكن دون أن يعى ذلك تماما ، فيـحس بالحرج والخزى من جهة وبإشـباع جزئى لحاجاته ورغباته ، مثل الاعتمادية والإحساس بالعظمة ، من جهة أخرى . ويصبح المريض معـرضا للإصابة بالاكـتئاب إذا كان لا يعى تلك الازدواجـية ، أو إذا هوّن من شأنها أو قام بالتـعبير عنها بصورة بدائية شـديدة . ومن مهام العلاج التدعيمى إشـعاره بتلك الازدواجية وبجوانب مرضه المشبـعة والمعززة لذاتها . وعلى المعالج القيـام بكل ذلك بلباقة قد يضيف إلـيها المريض الفكاهة والإبداع بوحى من ذاته .

حالة :

مريض أصيب بالاكتئاب بعد انتكاس ذهانى ، ظل ملازما لمنزله ولا يزاول أى نشاط . وكان والداه المتميزان يقومان برعايته . كان يعانى من هلاوس سمعية مضمونها صوت يقول له إنه مصاب اللوكيميا (سرطان الدم) . وينطقها الصوت مرة لوكيميا وفى مرات أخرى «لاكى مى» LUCKY ME (التى تعنى باللغة الإنجليزية ما أسعد حظى) . فقام المعالج بالتركيز على ازدواجيته إزاء الموقف ؛ إذ كان يخشى من جهة أن يكون مصابا بمرض خبيث ، كما كان يعتبر نفسه محظوظا فى الوقت نفسه لما يحصل عليه من رعاية فائقة وإعفاء من تحمل المسئولية ... إلخ . وأدت الجهود العلاجية إلى اعترافه بهذه الازدواجية ثم شعوره بتحسن الاكتئاب الذى كان يشعر به بسبب وضعه المؤسف ثم إلى التحاقه ببرنامج تأهيلى بعد مدة قصيرة .

حالة :

مريض شعر باليأس بعد انتكاسه ، وأخذ فى التساؤل عما إذا كان لمرض الفصام أية فوائد ، وانتهى إلى أن ليس له أية فوائد على الإطلاق وأن عليه أن يتحمله بشجاعة (GRIN AND BEAR IT ومعناها الحرفى ابتسم وتحمل[١]) . وكانت النتيجة ذهابه إلى مكان عام حيث وقف عاريا أمام الناس وأخذ فى الابتسام فألقت الشرطة القبض عليه .

إن أى موقف أو صراع يسبب الاكتئاب للأسوياء قد يسببه لمرضى الفصام أيضا . وعلى المعالج أن يولى هذا النوع من الصراعات والمصائب الاهتمام نفسه الذى نوليه للظواهر المشابهة التى نصادفها فى حالات الاكتئاب ، وإن كانت المسألة تحتاج إلى توجيهات وتعديلاته كثيرة .

---

(١) كلمة BEAR IT فعل يعنى بالعربية «تحمل» ، وجناسه BARE IT ومعناه بالعربية «تعرى» . وقد فسرها المريض على المعنى الثانى ففعل ما فعل . ومثل هذا الاستخدام للكلمة وجناسها شائع بين مرضى الفصام لتطابق جرس الكلمتين ويسمى الترابط الصوتى CLANG ASSOCIATION . المترجمان

وعلى المعالج تذكّر وجود خطر الانتحار فى الفصام ؛ لأن احتمال حدوثه مرتفع حتى عند غياب الأعراض الذهانية الصريحة . لذلك ، عليه تقييم الأفكار والنوايا الانتحارية بنفس العناية واللباقة اللذين يستخدمهما عند قيامه بتقييم مماثل لمرضى الاكتئاب . ويزيد تكوين علاقة علاجية ممتازة مع مريض الفصام من مخاطر الانتحار عند إحساس المريض بأنه سيفقد المعالج . وينطبق ذلك بصورة خاصة على المرضى الذين لم يكوّنوا فى حياتهم سوى علاقات وثيقة قليلة ، الأمر الذى يجعلهم يشعرون بالعجز عن مجابهة انتهاء العلاقة الوثيقة الوحيدة التى يملكونها أى علاقتهم بالمعالج . لذلك ، على المعالج أن ينتبه لهذا الخطر بصورة خاصة عند تولى معالج آخر الإشراف على المريض أو عند إعداده لإنهاء العلاج أو عند انتهاء دورة التدريب على العلاج النفسى (ريفينسكروفت ١٩٧٥) .

وتؤدى أعراض الاكتئاب إلى انهيار معنويات المريض بصورة أكبر من أعراض الذهان الواضحة . ومن التعليقات الخاصة بالمشاكل التى أدت إلى الاكتئاب والتى تطمئن المريض وتدفع بعجلة العلاج إلى الأمام ، قول المعالج : «إن ما سبب لك الجنون هو نفسه الذى سبب لك الاكتئاب أيضا . ولا شك أن ذلك مؤلم جدا بالنسبة إليك ولكنه خطوة على طريق التعافى من مرضك» . وفى الجدول التالى قائمة الاستجابات العلاجية للاكتئاب الذى يظهر أثناء الفصام .

جدول (٧-٦) استجابات علاجية للاكتئاب الذى يظهر أثناء الفصام

ابحث عن أعراض الاكتئاب واستفسر عنها .

استخدم الإمبائية فى الاستجابة لشعور المريض بالاكتئاب .

انتبه لوجود أو ظهور التفكير الانتحارى .

شجع المريض على الرثاء بصورة مناسبة لمن فقدهم فى الماضى ، وكذلك لشعوره بالخسارة بسبب المرض نفسه .

ساعد المريض على الاعتراف بشعوره بالازدواجية نحو نوبة الذهان .

تعامل مع الصراعات التى أدت إلى الاكتئاب .

استخدم التطمين إلى جانب الشرح ، مثل «إن ما أدى إلى إصابتك بالجنون سبب لك الاكتئاب الآن» .

الجمع بين الدواء والعلاج التدعيمى

إن العلاقة بين الدواء والعلاج النفسى من الأهمية بحيث سنتناولها بتعمق فى الفصل ١٥ ، وسنكتفى فى هذا الجزء بالتعرض لبعض جوانبها .

لابد للمعالج التدعيمى الذى يعالج مرضى الفصام من الإلمام أو بالأحرى التمكن من عدة موضوعات ، مثل : العلاج الفردى ، ديناميات الأسرة والجماعة وعلم الأدوية النفسية PSYCHOPHARMACOLOGY ؛ إذ يستحيل علاج الفصام فى معظم الأحوال دون اللجوء للأدوية . وعلى المعالجين والمحللين النفسيين من غير الأطباء التعامل مع هذا الواقع وتحويل مرضاهم إلى جهة أخرى تتولى علاجهم الدوائى . ولا يمثل هذا الوضع مشكلة بالنسبة إلى المريض بل قد يكون مفيدا بالنسبة إلى قلة منهم . ولإشراف نفس المعالج على الدواء والعلاج التدعيمى ميزة كبرى بالنسبة إلى مرضى كثيرين ، إذ إنه يؤكد للمريض الذى يعانى من التشتت وحدة هويته كإنسان ، كما يسمح للمعالج بملاحظة التغيرات الطفيفة الناتجة من تعديل جرعة الدواء أو تغييره وكذلك متابعة آثاره الجانبية المزعجة . إذ قد يشخص المعالج غير المتمرس بالأدوية النفسية الحركة الزائدة الناتجة عن الدواء بأنها قلق أو اكتئاب فيخطئ فى علاجها .

معنى تغيير الأدوية

إن البدء فى استعمال الأدوية وتغييرها وإيقافها له معنى بالنسبة إلى كافة المرضى . ولا يجوز للمعالج تعديل الجرعة أثناء الزيارة الأولى بل عليه تكوين

انطباع أساسى عن المريض أولا من خلال زيارات متعددة (سيريس ١٩٩٠) ، كما أن عجز مرضى الفصام عن وصف تاريخ حالتهم بالصورة المطلوبة يجعل استخدام الدواء أكثر صعوبة .

حالة :

مريض تحسن على جرعة ليلية من مركب الستيلازين من عيار ١٠ مجم ثم قامت الصيدلية فجأة باستبدال قرص العشرة مجم بقرصين من عيار ٥ مجم. وبالرغم من أن الأقراص الجديدة تحتوى على المادة الفعالة نفسها وأن الجرعة الكلية لم تتغير إلا أن المريض شعر بأنه يستخدم دواء مختلفا وأخذ فى التدهور ولم يعد للتحسن إلا بعد رجوعه إلى أقراص العشرة مجم مرة أخرى .

حالة :

مريض يخضع للعلاج النفسى بواسطة معالج ليس طبيبا ، ويستخدم فى الوقت نفسه دواء وصفه له الدكتور جاكسون الذى دُون اسمه على الشريط الملصق بزجاجة الدواء . وأثناء غياب الدكتور جاكسون قام طبيب آخر هو الدكتور تيلور بكتابة الدواء نفسه للمريض الذى شعر بعد أسبوع بزيادة أعراضه وأخبر المعالج النفسى أن الدواء الذى وصفه الطبيب الجديد والذى قال المريض إن اسمه «تيلور» ليس بنفس فعالية دوائه السابق «جاكسون» الذى كان يصفه له طبيبه الغائب . (من الواضح أن المريض كان يخلط بين أسماء الأدوية واسم الطبيب الذى يصفه . ويوضح هذا المثال معنى التغيير بالنسبة إلى المرضى) .

لذلك ، يجب على المعالج التدعيمى أن يكون مفرط اليقظة فيما يتعلق بمعنى تغيير الدواء أو طريقة وصفه بالنسبة إلى المريض . إن الاهتمام بالدواء أثناء التعامل مع الفصامى ، كما هو الحال بالنسبة إلى حالات اضطراب الشخصية البينى ، لا يعرقل العلاج التدعيمى أو يخل بأهدافه ، بل يزود المعالج

بمعلومات ضرورية ، كما أنه جزء أساسى من العملية العلاجية نفسها (والدينجر وفرانك ١٩٨٩) .

توصيات خاصة بالدواء

المرونة : على المعالج التحلى بالمرونة عند استخدام الدواء وزيادة أو تخفيف جرعته حسب الحاجة ، فيغيره أو يزيد من جرعته حسب الأعراض المختلفة مع إشراك المريض فى أسلوبه المرن . وإذا كانت العلاقة العلاجية قد تكونت ، يستطيع المعالج أن يطلب من المريض القيام بنفسه بإجراء تعديلات معينة على الجرعة عند تعرضه لظروف محددة (هانزيل وويليس ١٩٧٧) . وتشمل التغييرات ، زيادة الجرعة إلى الضعف أو تخفيضها بنسبة ٢٥٪ أو حتى ٥٠٪ . وقد تكون الظروف المحددة أزمات مفاجئة ، أو عودة الأعراض للظهور مرة أخرى ، أو الشعور بالنعاس الشديد من استعمال الدواء .

حالة :

مريض متوسط العمر يعمل فى مكتب ، اتفق مع المعالج أن يضاعف جرعة الدواء من تلقاء نفسه عند شعوره بضلالات اضطهاد أو قلق شديد أو أرق ملموس . كما كان من حقه أيضا تخفيض الجرعة بنسبة ٢٥٪ عند شعوره بنعاس شديد يعوقه عن العمل . وكان المريض يناقش هذه التعديلات مع المعالج فى الجلسة التالية على إجرائها أو بواسطة الهاتف إذا استمرت الأعراض . وكان هذا النظام يتيح للمعالج فرصة تغيير النظام الدوائى بسرعة ؛ الأمر الذى كان يؤدى إلى توافق المريض مع عمله بصورة أفضل ويشعره بأنه يتحكم فى أموره .

ولكن لا نستطيع تطبيق مثل هذه الاتفاقات مع كل مريض ؛ لأنها تحتاج إلى شعور لا يستهان به بالمسئولية وقدرة كافية على ملاحظة الذات .

الأعراض الإنذارية : يعتبر ظهـور مثـل تلك الأعـراض من أهم دواعى تغيير الجرعـة أو الدواء ؛ لأن الأعـراض المبكرة تسبق ظهـور نوبات الذهـان الحادة فى كل الأحوال تقريـبا . بل إن نفس الأعراض المبكرة تتكرر لدى نفس المريض قـبل كل انتكاسـة . وقـد لا تكون الأعـراض الإنذارية أبرز أعـراض الانتكاسة الحـادة بعد اكتـمال صورتهـا الكلينيكية . ومن أكثـر هذه الأعراض شـيوعا : العصبيـة ، صعـوبة التركيز ، الأرق ، الاكتئـاب ، الانسـحاب من المجتـمع التى قد تبدو للـوهلة الأولى أعراضا اكـتئابيـة (هيرتز ١٩٨٥) . وتمنع مضادات الذهان الانتكـاسة من التحول إلى حالة من الفـوضى والتشتت الكاملين ؛ لـذلك ينبـغى زيادة الجـرعـة فى هذه الظروف حـتـى لو بدا على الأعراض الإنذاريـة الطابع الانفعـالى . ونفترض عـند تقديم هذا الرأى قـيام المعالج ببحث التشخيص الفارق بين الفصام واضطراب ثنائى القطبية والاكتئاب الجسيم بصورة جيدة .

حالة :

طالبة أصيـبت بنوبتين من الذهان اتصفتا بوجـود ضلالات اضطهادية وهلاوس سمـعية وأفكار إيمائية وقلق شـديد . وكانت الهلاوس اللمـسية تسبق ظهور كل نوبة من النوبتين ، ولكنها لم تكن واضحة أثناء اكتمال نوبة الذهان . وكانت قدرة المريـضة على مواصلة الدراسة متـحسنة لمدة سنتين بالرغم من شعـورها بصعوبة كبـيرة فى تكوين العلاقـات الاجتماعـية . وكانت الأدوية الـنفسيـة تسبب لهـا نعاسا شـديدا كان يمنعـها من القـيام بواجباتها المدرسـية . عانت فى مناسبات عديدة من هـلاوس لمسية كانت تعزوها لأسـباب مختلفـة . فتقول مـرة أنها داست على نسيج عنكبوت أو أن مادة ملوثة نفذت من مسام جلدها . وكانت الأعراض الذهانية تزداد شدة بعد شعورها بتلك الهـلاوس بأيام . لذلك ، كان المعالج يبدأ الدواء أو يزيد جرعتـه بعـد كل مـرة تظهر فيهـا الهلاوس اللمـسية . وبالرغم

من حدوث نوبات الذهان أحيانا بعد تلك الإجراءات فإنها كانت قصيرة الأمد ولا تستدعى إدخالها المستشفى . لقد تمكنت المريضة بانتباهها لهذا العرض الإنذارى من تقليل احتياجها من الدواء فى الأوقات الأخرى .

أبرز الفوائد الإيجابية التى تعود على الفرد : ينبغى علينا تقديم الدواء للمريض بصورة يفهمها (دياموند ١٩٨٣) . إن شرح المعالج للطريقة العلمية التى يخفف بها الدواء الهلاوس السمعية مثلا قد لا يناسب أهداف مريض معين لايعنيه مثل هذا التوضيح ولا يشجعه على الالتزام باستعمال الدواء أو المشاركة فى التحالف العلاجى . والأفضل فى هذه الحالات إبراز إيجابيات الدواء بالنسبة إلى ذلك المريض بالذات . فنقول له مثلا إن الدواء يمنع تشتت الانتباه الذى يعوق استمتاعه بقراءة الصحف ، ونقول لمريض آخر إن الدواء سيمكنه من مشاهدة التلفزيون دون الأفكار الإيمائية المزعجة . ونحرص عند تبيين الإيجابيات على مرعاة ثلاث قواعد :

(١) أن يكون الشرح بأسلوب عيانى ملموس .

(٢) أن تكون للإيجابيات علاقة بحياة المريض اليومية .

(٣) أن تتضمن إشارة واضحة إلى المتعة والرضا والتحسن الذى سيطرأ على نوعية حياة المريض .

ويحتاج المعالة فى أحيان كثيرة إلى الاستعانة بأفراد أسرة المريض أو أولياء أمره أو غيرهم لمتابعة وتشجيع استعماله للدواء والتزامه به . وينبغى فى هذه الحالة إطلاع هؤلاء الأشخاص على أى تغيير مهم يجريه المعالج على الدواء . وفى الجدول التالى توصيات خاصة بأسلوب مناقشة استعمال الأدوية فى العلاج التدعيمى .

جدول (٧ - ٨) أساليب مناقشة استعمال الدواء أثناء العلاج التدعيمى

ضع خطة علاجية دوائية مرنة .
حدد معنى الدواء بالنسبة إلى المريض .
حدد الظروف والملابسات ومدى تخفيض أو زيادة الجرعة الذى قد تسمح للمريض بالقيام به .
استعمل نظامًا مرنًا للجرعات يعتمد على أسلوب حياة المريض .
انتبه للأعراض الإنذارية .
اعتبر العلامات الإنذارية مؤشرا بضرورة التغيير فى الدواء .
ضع فى اعتبارك احتمال زيادة جرعة مضادات الذهان حتى لو كان الطابع الانفعالى يغلب على الأعراض الإنذارية .
بيِّن مزايا الدواء .
أكّد الإيجابيات مثل : زيادة الاستمتاع بالحياة . استخدم عبارات عيانية CONCRETE وواضحة ، واربط ما تقوله بحياة المريض اليومية .
تابع الالتزام .

الصعوبات التى نصادفها فى العلاج التدعيمى

مخاطر قد يتعرض لها المريض :

للعلاج التدعيمى ، كما للعلاجات الأخرى ، دواعى استخدام ومزايا ومخاطر ، بل إن نجاح العلاج التدعيمى فى حد ذاته فى تحسين نوعية حياة مرضى الفصام يحمل فى طياته مخاطر الإفراط فى استخدام العلاج أو استخدام علاج غير مناسب . ففى بعض الأحيان ، يعتبر إدخال المريض المستشفى هو العلاج الطبى الصحيح

مهما كان نجاح العلاج التدعيمى فى العيادة الخارجية فى الماضى . وفى أحيان أخرى ، يغرى نجاح العلاج التـدعيمى المعالج باستخدام علاج اسـتبصارى مكثف . وبالرغم من النتائج الإيجابية المبدئية لمثل هذا العلاج فإن هناك خَطَرَ عجزِ المريض عن مجابهة مشاعر الطرح القوية التى يسببها العلاج الدينامى . فالعلاج الدينامى فى غير موضعه قد يكثف الاسـتثارة التى يتعرض لها المريض ، فـضلا عن اقتحامـيته مما يؤدى إلى التدهور الشـديد والنكوص وإنهاء العـلاج قبل الأوان والاغتـراب عن الأسرة ومن يتولون رعاية المريض (دريك وسيدرار ١٩٨٦) .

وقد لا يكون العلاج التدعيمى بكل تفاصيله وعناصره تدعيميا بصورة كافية من الناحية العمليـة . فقد يشعر المريض بأوجه قصور فى أداء الأنا ، أو بانـفصام علاقة اجتماعـية مهمة كان يهـون من شأنها فى الماضى ، أو بمسئوليتـه عن النتائج الخطيرة التى ترتبت على أفـعاله أثناء نوبة ذهانه الحـادة التى ظل ينكرها لمدة طويلة ، وغـير ذلك من قضايا ومشـاكل تحتاج من المعالج أن يتعامل معـها برقة وحكمة وبخطوات صغيرة يسهل اسـتيعابها ، مع مراعاته الكاملة لخطر ازدياد اكتـئاب المريض واحتمال إقدامه على الانتحار ؛ إذ لا ينبغى أن يتم اكتـساب الاستبصار بشكل مفاجئ بل فى إطار من التفهم والمساندة .

مشاكل الطرح المضاد :

يفرض العمل مع مرضى الفصام على المعالج الاحتكاك عن قرب بالقلق الشديد وعمليات التفكير الأولية والتوحد الإسقاطى وانهيار حدود الأنا . لذلك ، علينا ألا نستغرب خوفه من أن يصـاب بالجنون (سيرلز ١٩٦٥) . ولا ينبغى أن يفزع المعالج إذا انتابته هذه الفكرة بل عليه أن يعتبرها نتيجة إمباثيته مع المريض . ويشبه هذا النوع من المخاوف ما يحس به طلبة الطب عند تعرضهم للمرضى فى البداية وتوهمهم من أنهم يعانون من أعراض السرطان أو غيره من الأمراض المخيفة .

وقد تؤدى توقعات المعالج غير الواقعية من عمله مع مريض معين إلى خيبة أمل المريض فيه ، أو قد يضغط على مريضه بطرق ملتـوية لتحقيق تحسن يفوق المتوقع .

وفى مرات أخرى ، نجد أن المعالج يبالغ فى التشاؤم فيتقبل تحسن المريض بصورة طفيفة يشعره بأنه لا يتوقع المزيد .

إن العمل مع الفصاميين قد يكون مُرضيا للغاية ، ولكن طبيعة ذلك المرض تتصف بالتحسن المؤقت والانتكاس ، ونكوص مرضى كثيرين ، وتعرضهم للأزمات بصرف النظر عن نوعية أو براعة العلاج . وفى الجدول التالى مخاطر استعمال العلاج التدعيمى وبعض الاقتراحات الخاصة بتقليل أخطارها .

جدول (٧ - ٨) مخاطر استعمال العلاج التدعيمى

فى الفصام وطرق التقليل من أخطارها

المخاطر	طريقة تقليل الأخطار
	بالنسبة للمريض
خطر استعمال علاج نفسى مكثف غير مناسب .	استوضح قدرة مريضك على الفهم باستخدام تفسيرات محدودة وسطحية فى البداية .
ازدياد الاكتئاب وخطر الانتحار .	اسأل المريض عن هذه المسائل ووفر له المزيد من الدعم عند الحاجة لكى تزيد من اطمئنانه .
إنهاء العلاج قبل الأوان	حافظ على المسافة المهنية بينك وبين المريض ، تجنب الإفراط فى إثارته حسيا والتدخل فى حياته قبل تمكنك من التعامل مع هذه المسائل .
	مشكلات الطرح
الخوف من الجنون .	اعتبر هذا الخوف خوفا متعاطفا مع مريضك ، وأنك على صلة وثيقة به . حاول التنويع فى الحالات باختيار مرضى لا يعانون من الذهان ضمن حالاتك .

التوقعات غير الواقعية .	عليك معرفة مآل ومسار المرض ؛ ولا سيما أوجه القصور التى نصادفها فى الفصام .
الإفراط فى التشاؤم .	اعتبر التشاؤم وسيلة لحماية نفسك من شكوكك فى كفاءتك ، ولكن تذكر أن التشاؤم قد يحقق نفسه .
إنهاك المعالج .	لا يوجد حل سهل لهذه المشكلة ولكن تجنب رهن سمعتك كمعالج بنجاحك فى شفاء مريض واحد ، وحاول تلطيف طبيعة عملك الجادة بالفكاهة والأنشطة غير المهنية .

إن ما سيشعر به المعالج من متعة مهنية قد تتحول إلى اليأس والاستهلاك . فلابد ، إذن ، للمعالج من المحافظة على اتزانه بأن يعيش حياة منفصلة عن حياته المهنية ، وأن يضع عمله مع مرضى الفصام فى إطار التاريخ الطبيعى لهذا المرض ومزايا العلاج التى قد لا تظهر إلا بعد وقت طويل .

الفصل الثامن
اضطرابات الوجدان

تناولنا فى الفصل السابق العلاج التدعيمى فى الحالات التى تعانى من اضطراب شديد فى التفكير . وسنتناول فى هذا الفصل اضطرابات الانفعال . وفى الجدول (٨ - ١) ملخص للمداخل المختلفة لعلاج الاضطرابات التى تتضمن عناصر انفعالية .

جدول (٨ - ١) مداخل العلاج التدعيمى فى الاضطرابات ذات العناصر الوجدانية

الاضطراب	وسائل الدفاع الرئيسية	مصادر الاضطراب الرئيسية	التأثير على احترام الذات	المدخل التدعيمى
الفجيعة	دفاعات الشخص المعتادة مع المبالغة أحيانا فى الإنكار .	خارجية .	لا يتأثر .	التدعيم البيئى لإتاحة الفرصة للشخص كى يتجاوز المحنة ، تكوين صداقات جديدة .
الاكتئاب أو اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب وجدانى	استدماج موضوع يشعر نحوه بازدواج الانفعال . الارتداد - التثبيت فى المرحلة الفمية .	خارجية أحيانا ولكنها تشمل فى العادة عوامل بيولوجية ووراثية خاصة فى اضطراب القطبية الثنائية .	يضعف بصورة حادة .	تحسين احترام الذات والعمليات المعرفية والعلاقات الاجتماعية لمنع الاستجابة لأحداث الحياة بالاكتئاب . إزاحة العدوان إلى أنشطة تدعيمية مع الاستعانة بالوسائل البيولوجية .
عسر المزاج DYSTHYMIC DISORDER	قصور فى الدفاعات وفى القدرة على المجابهة فى ذات مستقرة .	داخلية فى العادة (عوامل تاريخية ووراثية) .	ضعيف بصورة مزمنة .	إعادة بناء ، وسائل الدفاع المختلفة وتحييد الإحساس بالعجز المزمن المتعلم بواسطة وسائل مجابهة أفضل .
الشخصية البينية	الانشقاق ووسائل دفاع أخرى مع عدم نضج الذات .	داخلية فى أغلب الأحوال (سوء الرعاية الأبوية - التعرض للصدمات فى سن صغيرة ، بعض العوامل الوراثية المشتركة مع اضطرابات الوجدان)	قاصر وخاضع لتحكم غير واقعى يعتمد على المساندة الخارجية .	وضع حدود للتجاوزات ، إشباع محكوم للعلاقات البدائية بالموضوع ، مواجهة السلوك المضطرب ، تحسين مهارات التحكم فى الاندفاعات .
الهوس	أفكار العظمة والشعور بها كدفاعات ضد اكتئاب كامن أو انحطاط اعتبار الذات .	داخلية (للعوامل الوراثية دور قوى) .	يزداد ، ولكنه يتذبذب بين الزيادة والضعف بصورة كبيرة فى الحالات المختلطة .	وضع الحدود للتجاوز فى حالات الهوس الحادة ، وحماية المريض مع الأفعال المدمرة ، تناول موضوعات الالتزام بالعلاج والدفاعات واضطرابات وظائف الشخصية بعد تحسن الهوس .

حالات الاكتئاب

يشمل علاج الاكتئاب الوسائل العضوية مثل مضادات الاكتئاب والصدمات الكهربائية بالإضافة إلى العلاج النفسى . وقد ثبتت فعالية أنواع من العلاج التدعيمى أو التدعيم الجزئى كعلاج مكمل للوسائل البيولوجية أو كعلاج بمفرده فى حالات العيادة الخارجية التى تعانى من الاكتئاب الطفيف . ونرجح أن العلاج النفسى يحسن مجموعة من الأعراض تختلف عن تلك الحالات التى تتحسن بفعل العلاج البيولوجى . وتشمل أنواع العلاج التى تتضمن عناصر تدعيمية : التعلم الاجتماعى (لوينسون وآخرون ١٩٨٠) ، والتدريب على المهارات الاجتماعية (هيرزن وآخرون ١٩٨٤) ، وبرامج ضبط الذات والإثابة (ريهم ١٩٨٤) . وقد تناولنا أسس العلاج المعرفى فى الفصل ٤ . أما العلاج الشخصى المتبادل فيستعين بتوضيح الصراعات النفسية عند الحاجة فقط ، ويفضل الاستعانة بالتوعية ووسائل رفع المعنويات وتعديل البيئة الاجتماعية وفنيات حل المشاكل . ويتدرب المعالجون الذين يستخدمون هذه الوسيلة على التدعيم والإيجابية دون الإفراط فيهما أو توجيه المريض (كليرمان وآخرون ١٩٨٤ ؛ روسانفيل وآخرون ١٩٨٤) . وفى الجدول (٨ - ٢) الأساليب التدعيمية المستخدمة فى حالات الاكتئاب .

جدول (٨ - ٢) *الوسائل التدعيمية* فى حالات الاكتئاب

تعامل مع معاناة المريض كما تبدو ظاهريا فى بداية العلاج .
حسّن مهاراته المعرفية والاجتماعية .
حسّن صورته عن نفسه .
صحّح تدنى اعتبار الذات الناتج عن إزمان المرض .
حسّن التزام المريض باستعمال الدواء وقدرته على تحمل الآثار الجانبية .
قم بتوعية المريض وأسرته بمسار المرض البيولوجى .
وفّر للمريض الدعم أثناء الأزمات وحاول تقليل احتمالات الانتحار .

وجدير بالذكر أن الأدوية تستغرق أسابيع حتى يظهر مفعولها ، كما أن عددا لا يستهان به من حالات الاكتئاب لا يستجيب لها . لذلك ، يحتاج المعالج التدعيمى إلى الإلمام ببرنامج أو أكثر من تلك الفنيات ومحاولة تطبيقها عند الحاجة .

وقد قام كارازو (١٩٩٠ أ و ١٩٩٠ ب) بمقارنة مفصلة لثلاث من وسائل العلاج النفسى المستخدمة فى الاكتئاب - الدينامى ، والمعرفى ، والشخصى المتبادل INTERPERSONAL - حتى يقوم المعالج باختيار إحدى تلك النماذج ولا يظل أسير فنية واحدة . وعلى أى حال ، ليس لأى من هذه النماذج استخدامات واسعة مثل العلاج التدعيمى .

فالعلاج المعرفى مثلا لا يصلح مع ذوى الدافعية الضعيفة أو من لا يستخدمون التفكير المنطقى ؛ أى أنه ضعيف التأثير فى مرضى الاكتئاب ذوى الأداء الاجتماعى المتدنى (ستوسكى ١٩٩١) . أما العلاج الدينامى فيستغرق وقتا طويلا ، فضلا عن إرهاقه مرضى الاكتئاب الذين يعانون من مرض جسمى .

وللعلاج التدعيمى دور مهم أيضا فى علاج مرضى الاكتئاب الذين يعانون من مرض نفسى آخر أو من ينكرون المرض أو يقومون بتبدينه[1] SOMATISA-TION . وكما اتضح من دراسة المعهد القومى للصحة النفسية التى سبق وأشرنا إليها فى الفصل ١ ، تعتبر إضافة العلاج التدعيمى إلى الوسائل الأخرى مما يفيد التحسن . ولقد قمنا بإعادة تنظيم تحليل كارازو للفنيات الثلاث الأخرى فى الجدول (٨ - ٣) ، مع إضافة الحالات التى يفيدها العلاج التدعيمى بشكل خاص . كما قمنا بإعادة توزيع محكات اختيار المرضى التى استخدمها كارازو فى جدوله الأصلى .

---

(١) التبدين : هو اتخاذ الأعراض النفسية أشكالا جسدية كالصداع أو أوجاع المفاصل . (المترجمان) .

جدول (٨-٣) مقارنة العلاج التدعيمي بعلاجات الاكتئاب الأخرى

نوع العلاج الديناميمي	مفاهيم السببية والباثولوجية ارتداد الأنا : إصابة اعتبار الذات ، عدم حل صراع فقدان الموضوع في الطفولة والشعور بخيبة الأمل .	الأهداف الرئيسية وآليات تغيير الشخصية عن طريق تقصي صراعات الماضي ، الاستبصار بوسائل الدفاع وبتشوه الأنا وفشل الأنا الأعلى في توفير نموذج لتفريغ العدوان	الفنيات الرئيسة والتطبيقات تعبيرية - إمبائية ، تحليل الطرح والمقاومة بصورة كاملة أو جزئية . مواجهة الدفاعات . تصحيح تشوه الأنا والأنا الأعلى .	دور المعالج والعلاقة العلاجية . مفسر وعاكس . توليد الطرح واستكشافه . قيام تحالف علاجي يشجع ظهور اعتمادية معقولة والتعاطف الفاهم .	بعض المزايا . يساعد المدخل الفردي المتعمق المريض على البحث عن الحلول في داخل ذاته بدلا من المصادر الخارجية .	بعض أوجه القصور . يؤدي التركيز على الظواهر النفسية الداخلية إلى التعتيم على عوامل أخرى مثل العلاقات الاجتماعية، المبالغة في مساواة الاكتئاب بالعدوان يؤدي إلى الإفراط في الاعتماد على التفريغ .
المعرفي	تشوه التفكير : انحراف المزاج بسبب النظرة السلبية للنفس والآخرين والبيئة التي تعلمها المريض .	تخفيف الأعراض عن طريق تغيير أفكار محدودة ، تحديد المفاهيم المدمرة للذات ، تعديل الافتراضات الخاطئة ، تشجيع التحكم في أنماط التفكير .	معرفيه سلوكية تدوين ومتابعة الأفكار ، تصحيح المواضيع الخاطئة بإخضاعها لاختبارات منطقية تزويد المريض بمحتوى فكري بديل تكليفة بالواجبات المنزلية .	مربي - مشكل للسلوك علاقة إيجابية بدلا من علاقة طرحية التعاون التجريبي كأساس للمهمة العلمية التجريبية المشتركة .	للتوجه المعرفي طابع عياني وموضوعي .	التركيز على الجوانب المعرفية السلوكية قد يكون على حساب تناول الشخصية ككل ولاسيما جوانبها الانفعالية ، منظور علاجي متجه للأعراض يتغاضى عن تاريخ الحالة والمشكلات المعتمدة والصراعات الكامنة .
الشخصي التبادلي	اختلال العلاقات الاجتماعية ، عدم وجود روابط بالغير أو وجود روابط غير مرضية .	تخفيف الأعراض بحل مشكلات العلاقات بالآخرين الراهنة ، تخفيف الضغوط الصادرة من الأسرة والعمل ، تحسين المهارات الاجتماعية والتواصلية .	تواصلي - بيني ، توضيح العلاقات غير المتوافقة والتعامل معها . تعلم تكوين علاقات جديدة عن طريق التدرب على استخدام مهارات تواصلية و اجتماعية . تزود الشخص بمعلومات عن مرضه	الاستكشاف - وصف الحلول علاقة إيجابية . لايقوم بتفسير الطرح . دور نشط للتأثير على المريض ونصحه .	يتناول التوجه الاجتماعي قطاعًا عريضًا من المشكلات (اجتماعية أسرية) مفيد للعلاقة بين الجنسين .	إن التركيز على أربع مشكلات اجتماعية يؤدي إلى التحيز لموضوعات مسبقة . يبرز العوامل الزواجية والأسرية ولكنه يغفل تأثير القوى النفسية الداخلية .
التدعيمي	المدخل البيولوجي النفسي الاجتماعي مع إسهامات مهمة من نواحي الاستعداد الوراثي والعوامل البيولوجية .	رفع كفاءة أداء المريض إلى أقصى درجات أثناء الأزمات ، أو إذا كان المريض عاجزا عن القيام بالمهمة بنفسه دعم آرائه دعم حكمه على الأمور بواسطة مهارات المعالج الخاصة بالتفكير المنطقي واتخاذ القرارات ، توليد الأمل في التعافي في نفس المريض .	اختبار الواقع تقبل الدفاعات القائمة مع محاولة إعادة تشكيلها . إستدعاء وسائل تشجيع اعتبار الذات . الاستعانة بالدعم الاجتماعي .	إمبائي - دافئ يقف له صف المريض بوفر بعض الإشباع المبادر ويوفر بيئة مساندة آمنة	يقلل من شأن العوامل الشعورية الإرادية واضطراب الطباع التي يحتاج تحسنها إلى المواجهات المثيرة للقلق .	

وقد قام هولون (١٩٦٢) باستخدام صورة مبكرة ومحدودة من العلاج التدعيمى لعلاج الاكتئاب ، وصفها بأنها علاج نفسى مختصر يستند إلى برنامج من «النشاط المكثف» ، مع الاستعانة بتدوين الأنشطة اليومية وتحويل الانتباه إلى حاجات المريض الفمية بما فيها تناول الطعام مع تذكيره بسيرته لتحسين قدرته على اختبار الواقع . وكان الهدف الأساسى توفير عمل مشبع يلهى المريض عن اكتئابه . ونستطيع العثور على صورة حديثة من هذه الفنيات فى العلاج المعرفى وفى العديد من الوسائل التدعيمية المذكورة فيما بعد .

ويظهر الاكتئاب على المريض فى صور مختلفة . فنجد من المرضى من يسعى بصورة محمومة للحصول على الراحة عاقدا كل آماله على المعالج ، ومن تظهر عليه العصبية والدفاعية بسبب إرغام أسرته له على الحضور للعلاج . ويفيد العلاج التدعيمى بصورة خاصة المرضى الذين يعبرون عن عجزهم بشكل سلبى ولا يتطوعون للإدلاء بالمعلومات . وعادة ما تناسب الجلسات ذات الوقت المتغير المرضى المقلين فى الكلام ؛ لأنها لا تضطرهم إلى شغل الوقت بالحديث . ولا يواجه المعالج الأمراض الذهانية (كضلالات الدونية أو الاضطهاد) بصورة مباشرة ، بل يتعامل معها مثلما يفعل فى الفصام بالطريقة التى سبق لنا شرحها . كما يتعامل مع القلق الذى كثيرا ما يصحب الاكتئاب بالطريقة المذكورة فى الفصل الخاص بالقلق .

وتعتبر الشكاوى الجسمية جزءا أساسيا من تعريف الدليل التشخيصى الإحصائى للاكتئاب . وهى تحتاج إلى التعامل معها مباشرة وعدم اعتبارها مجرد وسائل دفاعية نفسية . كما ينبغى أخذها بجدية ؛ لأن التحدث عنها يلهى المريض عن شكاواه النفسية الأكثر إيلاما .

جدول (٨ - ٤) محكات اختيار المرضى فى العلاجات الأربعة

الدينامى . المعرفى . الشخصى المتبادل والتدعيمى

نوع العلاج	المحكات
دينامى	شعور مزمن بالخواء والحط من اعتبار الذات .
	فقدان مصدر الرعاية فى الطفولة أو الانفصال الطويل عنه .
	صراعات فى العلاقات فى الماضى (مع الأبوين ، الزوج أو الزوجة) .
	القدرة على الاستبصار .
	القدرة على التحكم فى درجة النكوص .
	سهولة استشعار التخييل والأحلام .
	قلة الاحتياج إلى التوجيه والإرشاد .
	بيئة مستقرة .
معرفى	أفكار مشوهة بشكل واضح عن الذات ، العالم ، المستقبل .
	القدرة على التفكير بصورة منطقية .
	أوجه قصور فعلية (تشمل استجابة ضعيفة لعلاجات نفسية أخرى) .
	حاجة متوسطة أو شديدة إلى التوجيه والإرشاد .
	التجاوب مع التدريب السلوكى ومساعدة الذات (قدرة عالية على ضبط الذات) .
شخصى تبادلى	خلاف حديث ومحدد مع الزوج أو الزوجة أو شخصية أخرى تهمه .
	مشكلات تواصلية أو اجتماعية .
	استجابة فجيعة غير طبيعية .
	حاجة متوسطة أو شديدة إلى التوجيه والإرشاد .
	التجاوب مع التعديل فى البيئة (سهولة الوصول إلى شبكة اجتماعية مساندة) .

تدعيمى	عدم التحسن مع استخدام الوسائل الأخرى . الميل إلى الانتحار (يناسب العلاج التدعيمى هؤلاء ويحتاجون إليه) . تعطل الوظائف المعرفية وغير منطقى . الأمراض الجسمية الحادة أو المزمنة . التبدين أو إنكار المرض . يشبه العلاج المعرفى من ناحية مـلاءمته للمرضى الذين يعانون من أوجه قصور فعلية والمحتاجين إلى مستوى عال من التوجيه أو الذين يتجاوبون مع الوسائل السلوكية التى ليست لفظية بالضرورة .

فنيات أساسية وجوانب مهمة فى علاج حالات الاكتئاب

التطمين : يمثل التطمين وبعث الأمل بصورة معقولة فى نفس المريض بداية العلاج التدعيمى بالنسبة إلى غالبية المرضى وبغض النظر عن تعاونهم من عدمه . فيقول لهم المعـالج إن لكل معاناة نهاية وأن للاكتئـاب مدة محدودة . ويرفض المريض فى العادة مثل هذا الكلام ولكنه يعود فيتذكره عند بدء التعافى . ويلجأ بعض المعالجين إلى استخدام التشبيه وضرب الأمثلة للتحايل على رفض الطمأنة ، كأن يشـبه ما يحس به المريض بأعـراض الأمراض الجسـمية ، فيـقول له «إنك تحس بفقدان النشاط ، كما يحدث عندمـا تصاب بالأنفلونزا فتعجز عن ممارسة أنشطتك المعتـادة ، ولكنك سرعان ما تحس بالتحـسن . لذلك ، لا ينبغى أن تقلق بسبب عجزك الحالى ؛ لأنك ستسـتعيد نشاطك بمجرد تحسن الاكتئاب ، كما يحدث مع الأنفلونزا» . ويستخدم هذا التشبيه كمبرر لمنع المريض من اتخاذ قرارات متعجلة أو الإقدام على الانتحار .

وقد يصبح التطمين خطرا إذا كان من الصعب تصديقه كما حدث فى الحالة التالية :

حالة :

مريض مكتئب يعانى من ضلالة محتواها أن رصيده فى البنك قليل ولا يوفر له الأمان من غائلة الزمن (من وجهة نظره) . وأكد له أحد الأطباء النفسيين أن رصيده كاف وأن الحالة الاقتصادية فى البلاد على أفضل حال . وكانت النتيجة شعور المريض باليأس . وربما كان ذلك لإحساسه بأن توقعاته لم تكن فى محلها فأقدم على الانتحار .

لذلك ، لا ينبغى أن يبتعد مضمون التطمين عن معتقدات ومشاعر المريض ؛ إذ إن كل ما نحتاج إليه ، هو تخفيفها باستخدام عبارات مثل «ربما تجد صعوبة فى تصديق ذلك ولكن . . . .» . كما لا ينبغى تقديمها بصورة آلية بل يجب أن تستند إلى توافقها مع احتياجات كل مريض .

تسهيل استعمال الدواء : عندما يصف المعالج دواء ، تصبح أهم أهدافه تحقيق التزام المريض باستعماله وتحمله آثاره الجانبية البسيطة . ويتطلب ذلك التعرض لمشاعر المريض بالذنب والاعتمادية التى تنشأ نتيجة لإحساسه بأنه مضطر لاستعمال الدواء . ولا ننصح المعالج بالإفراط فى التفاؤل عند تطمين المريض ؛ لأن مناقشة الأدوية تعكس فى العادة إزاحة مناقشة علاقة المريض بالمعالج إلى علاقة المريض بالدواء ، مثلما فعل هولون عندما حول اهتمام المريض إلى الطعام لخلق فرصة للتحدث عن حاجاته الفمية دون ذكر المعالج بصورة مباشرة . وإذا أراد المعالج تطبيق نظرية التحليل النفسى على هذا الموقف التدعيمى ، فعليه أن يتصور أن الاكتئاب تعبير عن عودة الحاجات الفمية إلى الظهور مع التردد فى الاعتراف بذلك . من هنا ، يبدو استعمال موضوع الأدوية وسيلة بديلة للتعامل مع تلك الحاجات .

مواجهة الشعور بالذنب : يقوم المعالج بمحاولة لإعادة اعتبار المريض لذاته وتخليصه من طرق تفكيره المدينة لها . كما عليه أن ينشط فى عدم تشجيع الاجترار المرضى أو الذى يتضمن لمشاعر الذنب وألا يتعامل معها بالصمت لمدد طويلة (لأن ذلك يوحى للمريض بأن المعالج يوافقه ضمنا على ما يقوله) ؛ فضلا عن ما يخلقه الصمت فى نفس المريض الذى لا يود المشاركة فى الحديث من مشاعر ذنب إضافية لعدم تجاوبه مع المعالج . والاكتئاب حالة أليمة فى حد ذاتها ، ولكن اليأس والفشل من ضمن جوانبه الخبيثة ؛ لذلك على المعالج التعامل مع «اكتئاب المريض الناشئ عن اكتئابه» . كما يحتاج المريض إلى أن نرشده إلى كيفية عزل المعانى التشاؤمية عن مشاعره الكئيبة . وكثيرا ما يتضمن الاكتئاب عنصرا ماسوكيا لا نقوم بتفسيره بل نقول للمريض إنه يفرط فى القسوة على نفسه بسبب مثاليته الشديدة . وذلك أسلوب يتفق مع التدعيم ومع الأسلوب الدفاعى المستخدم .

التعامل مع الاعتمادية : يسمح المعالج التدعيمى للمريض بإظهار بعض الاعتمادية كما عليه فى الوقت نفسه أن يضع حدودا لها . ويثير بعض المرضى فى نفس المعالج طرحا مقابلا بسبب اجترارهم الوسواسى وسلوكهم التعلقى ، كما يثير البعض الآخر فى نفسه الحزن والميل إلى تقديم دعم يتجاوز حدود الواقع . وكما التطمين ، لا توجد قواعد مطلقة لدرجة الاعتمادية التى يستطيع المعالج السماح بظهورها . فالمسألة تعتمد على احتياجات المريض .

التعامل مع الخسارة : يتضمن الاكتئاب ، مثل الفجيعة ، شعورا بالخسارة يجب على المعالج تناوله بتعاطف وفهم . وتنتج الخسارة فى الاكتئاب من تهوين المريض من شأنه فى الماضى والمستقبل ومن تصوره تقييم الآخرين لشأنه أيضًا فى أحيان كثيرة ويتعين على المعالج الاحتراس من تحميل المريض مسئولية تلك الخسارة لتصوره بأن المريض هو الذى أدخل نفسه فى حفرة الاكتئاب وأنه يرفض الخروج منها الآن . ويؤدى مثل هذا التصور من قبل المعالج إلى اعتبار الاكتئاب وسيلة دفاعية للتهرب من المسئولية أو لإشباع حاجات فمية أو لتحقيق

مكاسب ثانوية ، وما يترتب على ذلك من ازدياد فى الاكتئاب . ونجد فى الوقت نفسه أن حث المريض بعبارات مثل «إنك تستطيع التغلب علي كل ذلك» لا يؤدى إلى أية نتيجة بل يستخلص منه المريض تأكيدا إضافيا لما يحس به من عجز وقصور . إن الاندفاع فى تحميله مسئولية الاكتئاب قد يدفعه إلى الانتحار . ومن جهة أخرى ، نجد بيرى (١٩٩٠) يستخدم النموذج الطبى فى شرح المرض للمريض وأسرته ، فيخبره أن مشاعره لا تخضع لإرادته وتختلف عن مشاعر الاكتئاب والفرح العادية .

مراقبة التحسن : من خصائص المريض المكتئب تحسن سلوكه قبل أن يشعر هو بذلك . إن تقييم الاكتئاب بواسطة ملاحظة المريض يبين تحسنا مبكرا كما أنه من مؤشرات الاستجابة مباشرة للعلاج . إن لفت انتباه المريض إلى أنه أصبح يمضى وقتا أكبر فى الأنشطة البناءة وأنه أصبح أكثر حماسا من ذى قبل من وسائل التطمين الفعالة . وعلى المعالج أن يكون على دراية بمريضه فى مرحلة التعافى على وجه الخصوص حتى يتمكن من اكتشاف خطة انتحار يخفيها ، ولم يكن يملك النشاط الكافى لتنفيذها من قبل . إذ يزداد خطر الانتحار بشكل خاص فى الشهور الثمانية الأولى من مرحلة التعافى .

التعاون مع الأسرة : من أهداف العلاج التدعيمى المهمة توعية المريض وأسرته بمسار المرض البيولوجى ومنع الأسرة من تخريب العلاج . ويولد تنفيس المريض عن مشاعره - سواء كانت مناسبة أو لا - عداءً وقلقًا استجابيين يتعين على المعالج تقبلهما . لذلك ، بيّن سيدرر (١٩٨٦) ضرورة مساعدة المريض على تحديد الوقت وكم المشاعر والشخص الذى يستطيع أن يشاطره فجيعته . وبين أيضا أن التعبير الصريح عن العداء (نحو المعالج أو غيره) ليس مفيدا بالضرورة من الناحية العلاجية ، ولكن اتجاهه نحو المعالج أمر طبيعى لقيامه بإحباط بعض حاجات المريض الاعتمادية . لذلك ، يعتبر احتواء الطرح

للمشاعر الغاضبة الناتجة عن شعور المريض بالخسارة والإحباط أمراً لا مفر منه . ونحن نقوم بتحويل غضب المريض من الزوجة أو الأسرة إلى الجلسات العلاجية حتى نحافظ على سلامة علاقاته الاجتماعية . ويجب من جهة أخرى منع الأسرة من إسناد دور اعتمادى لا لزوم له للمريض أو خلق الفرص أمام ظهور مكاسب ثانوية .

مريض الاكتئاب المتعافى

ينتكس حوالى نصف المصابين بالاكتئاب الجسيم MAJOR DEPRESSION ؛ لذلك علينا إعداد المريض لطلب العلاج عند عودة الأعراض للظهور . ومن ضمن القضايا التى نتناولها فى العلاج الممتد استخدام العلاج الدوائى المساند MAINTENANCE MEDICATION وفقدان اعتبار الذات وتأخر تحقيق الأهداف بسبب طبيعة المرض المزمنة وتوافق الأسرة مع فقدان المريض القدرة على الاضطلاع بأعبائه . ويتم أثناء مرحلة التعافى أو المساندة إنجاز جزء مهم من العملية العلاجية . وتجمع المصادر العلمية فى الوقت الحاضر على أن الجمع بين العلاج الدوائى والنفسى لعدة سنوات يخفض معدلات الانتكاس (كليرمان ١٩٩٠) . ويوجه المعالج للمريض المتحسن الذى ينقطع عن العلاج الرسالة التالية «قد لا تحتاج إلىّ أو إلى العيادة بعد ذلك أبدا ، ولكن إذا حدث واحتجتنى فلا تعتبر ذلك فشلا» . ويجب تشجيع المريض على الاتصال بالمعالج عند ظهور الأعراض المبكرة أو المتوسطة مثل الأرق ، تغير معدل النشاط ، تغير المزاج ، أو صعوبة التركيز . . . . إلخ . إذ تسبق مثل تلك الأعراض الإنذارية اضطراب الوجدان المكتمل بأسابيع أو شهور مما يتيح فرصة العلاج المبكر والفعال (فافا وكيلنر ١٩٩١) .

عسر المزاج وانحرافاته

DYSTHIMIC CONDITIONS AND DYSPHORIC STATES

يؤدى زوال نوبة الاكتئاب الجسيم إلى استعادة المريض قدرته على القيام بوظائفه بصورة طبيعية نسبيا ، وإن استمر خوفه من الانتكاس قائما . وكثيرا ما يكشف المعالج أعراضا متبقية مثل مشاكل فى الشخصية أو اضطرابات معرفية قد تعرض المريض للإصابة بالاكتئاب مستقبلا . وقد يكون المريض قد عانى من عصاب اكتئابى قبل مرضه والذى يعتبر فى العادة من مظاهر عيب مزمن فى سمات طباعه مثل الأنا الأعلى العقابى (١) . وأقرب مثال على ذلك فى الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المُراجَع هو ما يسمى بعسر المزاج DYSTHYMIA . ويفيد هؤلاء المرضى فى العادة أنهم تعرضوا فى الماضى لخسارة أو صدمة أو حرمان . وينتهى كوزيس وفرانسيس (١٩٨٧) من استعراضهم الوافى لهذا الموضوع إلى وجود ثلاث فئات فرعية من الاكتئاب المزمن أو الذى يتكرر بصورة مزمنة :

* اكتئاب يبدأ بصورة تدريجية ثم يتحول أحيانا إلى اكتئاب جسيم .
* اكتئاب يظهر بعد زوال نوبة اكتئاب جسيم حادة .
* اكتئاب يصاحب اضطرابا آخر على المحور الأول أو الثانى مع وجود ضغوط نفسية مزمنة أو مرض عضوى .

ومن ضمن وسائل علاج هذه الحالات المزمنة ، مضادات الاكتئاب (كوزيس وفرانسيس ١٩٨٧ ، أكيسكول ١٩٨٣) وإجراء التعديلات على أنواع العلاج النفسى التى سبق تعرضنا لها . ومما يساعد المعالج فى هذه الحالات

---

(١) الأنا الأعلى العقابى PUNITIVE SUPEREGO : هو الأنا الأعلى الجامد والعقابى الذى نراه فى الطفل ، والذى يصبح أكثر تساهلا مع النضج . ويستمر على حالته الأولى فى الحالات المرضية . (المترجمان) .

تحديده لمدى ارتباط ميول المريض الاكتئابية بالأنا الأعلى العقابى وبفشله فى حل صراعاته النفسية الداخلية الذى يؤدى إلى شعوره بالدونية . وأكثر الوسائل فعالية مع هؤلاء التحليل النفسى الممتد أو إعادة التشكيل المعرفى .

وتشمل المجموعة الأخرى المصابين بالاكتئاب نتيجة لمرض عضوى . ومن ضمنهم المرضى الذين لا ترقى قدراتهم وأوجه قوتهم إلى المستويات التى تتوقعها ثقافاتهم . ويستفيد هؤلاء من دعم اعتبار الذات بصورة واقعية وإنقاص لابد منه للتوقعات .

أما المجموعة الثالثة من مرضى الاكتئاب المزمن فتميل إلى الماسوكية وهزيمة الذات ، كما تقوم بتدعيم اكتئابها بتبريرات وجودية أو سياسية أو شخصية بل وتدعو المعالج إلى مشاركتها شعورها باليأس . وترى النظرة المتعاطفة فى هذه الألاعيب محاولة للتوافق مع مزاج مكتئب بصورة مزمنة ، فضلا عن أن وجود مثل هذه الخصائص المعرفية يحول دون التمييز بين الأسباب والنتائج . فقد بينت دراسة لوينسون وآخرون (١٩٨١) تزامن المعارف الاكتئابية مع نوبات الاكتئاب نفسها ، وعدم ظهورها فى مجموعة ضابطة من الأسوياء أو بين من أصيبوا بالاكتئاب أثناء إجراء البحث .

وبالرغم من فعالية العلاج المعرفى فى علاج الاكتئاب فإن عددا كبيرا من هذا النوع من المرضى لا منطقى بصورة أساسية ، ويتمسك بطرق تفكيره الاكتئابية ولا نستطيع إقناعهم بالتخلى عن الاكتئاب حتى بالأساليب المنطقية المحنكة . وفى الوقت نفسه ، تتضح فوائد العلاج التدعيمى الذى يتيح للمريض فرصة الاقتداء بمعالج «يعدى» تفاؤله المريض ، مثلما «يعدى» تشاؤم المريض غيره . والخلاصة ، أن جوانب العلاقة العلاجية غير اللفظية مع تشجيع المعالج أجدى وأنفع من الفنيات المعرفية ؛ إذ يستفيد المريض على الأقل من مساعدة المعالج فى اكتساب مهارات اجتماعية ودعم اجتماعى وتأهيل مهنى أفضل ، كما يزداد تمكنه من ضبط ذاته فيما يختص بالعوامل التى تساهم فى مرضه مثل الإفراط فى تعاطى المسكرات .

حالات الهوس

تحتاج حـالات الهوس الحاد إلى العلاج فى المستـشفى فى كل الأحوال . ومع ذلك ، فللعـلاج التدعـيـمى دوره فى علاج الهـوس الحاد وفى العـلاج المستمر لمرضى اضطراب القطبية الثنائية BIPOLAR (الهوس أو نوبات الهوس بالتبادل مـع نوبات الاكتئاب) . لقد اكـتفينا حتى الآن بوصـف علاج مرضى العـيادات الخـارجيـة ؛ لذلك سنغتنم هـذه الفرصـة لنبين استـمرارية العـلاج التدعيمى فى الأقسام الداخلية .

يستخدم مرضى الهوس المناورات التالية (جانوسكى وآخرون ١٩٧٠) :

١ - التلاعب بتقدير الآخرين لذواتهم .

٢ - سرعة إدراك نقاط ضعف وصراعات الغير واستغلالها .

٣ - إسقاط المسئولية على الغير .

٤ - اختبار مدى جدية وضع الحدود .

٥ - إثارة حـفيظة أعـضاء الأسرة نـتيجـة المرض نفسـه ، بالإضافـة إلى مناورات المريض .

وتتضح طبيعة هذه الألاعيب والمناورات من المثال التالى :

حالة

مسـتر جونسون شـخص رسّم نفسه قـسيسـا وله كنيسته الخـاصة ، أحضـرته الشرطة إلى قسم الطوارئ بعـد عثورها علـيه وهو يزحف على بطنه على أرض سـوبر مـاركت . أخـذ المريض يبـرر سلوكـه بغطرسـة وبصوت مرتفع وطالب بإطلاق سراحه . قام الطبـيب بتقييم حالته وانتهى الأمر . إلا أن مسـتر جونسون اسـتمر فى التردد على غـرفة الكشف المرة تلو المرة لمناقشة الموضوع نفسـه . أكد له الطبيب اهتمامه بحالـته الصحية

وأنه بحاجة إلى النوم ، كما بين له أنه لن يستطيع الاستمرار فى عمله فى الظروف الحالية لما قد يؤدى إليه ذلك من عواقب وخيمة . وبالرغم من ذلك استمر المريض فى مقاطعة الطبيب الذى كان بمفرده فى مكتبه الكائن فى آخر العنبر . وأخيرا ، قال له الطبيب «أعرف أنك خبير فى المسائل الروحية التى لا أعرف عنها إلا القليل ، ولكننى أعرف جيدا أننا لا نستطيع رؤية عالم الروحانيات ، ولكنك تستطيع رؤية أشياء كثيرة فيه . لذلك ، لنفترض أن هناك خطا على الأرض يقسم الردهة إلى قسمين . . . . إذا قمت بتخطى هذا الخط سأودعك غرفة العزل» .

وكان لمستر جونسون خبرة سابقة بغرف العزل فأخذ يشكك فى قانونية مثل هذا الإجراء ، ولكن الطبيب رد عليه بأنه سيأمر بعزله على أى حال وعاد إلى مكتبه . قام المريض بعبور الخط وأودع فى العزل فورا ولكنه استمر فى الشكوى بصوت عال لمدة ساعة . وعاد إليه الطبيب بعد ساعة ، وسأله عما إذا كان يتذكر مكان الخط الوهمى ، فقال المريض إنه يتذكره جيدا ؛ لأنه يذكر تفاصيل كل ما حدث ، وأنه سيستخدمه عند رفع قضية على المستشفى . وأعطى الطبيب لعاملين آخرين سلطة عمل خطوط وهمية فى مكان آخر فى القسم لتقييد حركة المريض ثم أخرجه من العزل . وبعد ذلك بيومين ، ظل جونسون يستأذن الممرضين كلما أراد عبور خط وهمى . ونشأت بينه وبين الطبيب علاقة طيبة واستمر فى الإشراف عليه بعد ذلك فى العيادة الخارجية . وكان المريض يذكّر الطبيب مازحا بالطريقة التى انتصر بها الأخير عليه وأنه يحترمه لهذا السبب . كما أصبح يتقبل نصائح الطبيب المتعلقة بإدارة أموره الخاصة .

والسؤال هو ما نوع الخطة العلاجية المحدودة التى نستطيع وضعها لمساعدة المريض دون أن يتعرض المعالج للأذى ؟

أولا : على المعالج أن يكون مستعدا للتعامل مع قدرة المريض غير العادية على التلاعب باعتبار بتقدير المعالج لذاته ؛ إذ عادة ما يبدأ مريض الهوس كلامه مع المعالج بقوله «أنا سعيد بمقابلتك لأنك أول إنسان استطاع أن يفهمنى» ، ثم تزداد مطالبته بالاهتمام به بصورة مطردة مع محاولة إقناع المعالج بصحة مبررات سلوكه غير السوى . ولا شك فى أن المريض سيقوم باستغلال أى خطأ يصدر من المعالج مثل التأخر عن المواعيد أو نسيان معلومة صغيرة من ملف دخول المريض السابق . كما يستغل نقاط ضعف المعالج (مثل حاجته إلى الإطراء بعد ممارسته للتحليل النفسى لمدة خمس سنوات) ، واختلاف وجهات نظر المعالجين حول أفضل طرق مداواته . وقد يثير فى نفس المعالج التعاطف أو الحنق ، حين يقول : «إنك لا تعرف ما مررت به كما أنك لا تهتم» . وقد يُطلب من المعالج المساعدة فى التحقيق فى ادعاءات المريض بأنه تعرض لمعاملة سيئة فى المستشفى ؛ لذلك على المعالج السيطرة على توقعاته وتجنب أخذ تحسن المريض بطريقة شخصية مهما كانت شخصية المريض محببة . ومع ذلك ، يستطيع المعالج الاستعانة بخصائص المريض كوسائل علاجية كما فعل الطبيب فى حالة مستر جونسون .

ثانيا : الحاجة إلى وضع الحدود داخل وخارج الجلسات . يحتاج وضع الحدود بصورة صحيحة إلى اتباع نهج سلطوى . وبالرغم من ذلك ، اتضح من المسح الذى قام به جاندرسون (١٩٧٤) على مرضى الهوس الذين يشعلون الحرائق ، أن المرضى الذين ينكرون مشاكلهم ويطالبون بإخراجهم من المستشفى يثيرون فى نفوس المعالجين صراعا يسيطر عليه الشعور بالذنب عند توقع قيامهم بوضع الحدود لإحساسهم بأن ذلك يتعارض مع رغبتهم فى مساعدة المريض . أو الرغبة فى التساهل مع المريض قبل الأوان ومنحه الامتيازات لدعم تحالف علاجى مهزوز يدفعه فى العادة إلى التجاوز وقيام الهيئة المعالجة بالتالى بفرض عقوبات ، الأمر الذى يضفى المصداقية على ادعاءات مريض الهوس بأنه يعالج بوسائل صارمة وغير إنسانية .

ويقوم مريض الهوس فى كل الأحوال بتجاوز بعض الحدود أثناء الجلسات كأن يسب المعالج . وفى هذه الحالة ، نقـوم بتنبيه المريض بأن مثل هذا السلوك لن يؤدى إلى نتيجة ، وننهى الجلسة دون إبداء الغضب ، ثم نقول له مثلا «إننا بحاجة إلى المزيد من الحديث ، ولكن الوقت ليس مـناسبا الآن ، سأحاول أن أراك غدا فى الوقت المعتاد» . ومن المعروف أن احتمال استعمال مريض الهوس للعنف أو قيامه بالاعـتداء احتمال كبير . لذلك ، يصـعب على المعالج نصحه بصورة دقيقة . وقد يكون التعبير اللفظـى تنفيسا أو مقدمة لاعتداء على المعالج ، وفى كلتا الحالتين لا ينبغى أن نترك له فرصة الانفراد بالمعالج .

ثالثا : أسـرة المريض . لا يكف المرضى عن الاسـتعـانة بأفراد أسـرهم للمطالبة بإخراجهم من المستشـفى . ويتصرف بعض الأسر مع المعالج بمكيالين : فتطالب الأسرة بإخراج المريض فى حضوره بـينما تود فى قرارة نفسها أن يظل فى المستـشفى . ويسـتطيع المعالج عند الحـاجة تناول المشكلتين خـلال المحادثة نفسها بتقديم العلاج داخل المستشـفى على أنه فرصة لاستعمال العلاج النفسى بصورة مكثفة . وقد يتخذ زوج أو زوجة المريض من المعالج موقفا مساندا أو معاديا . ومآل زيجـات مرضى اضطراب القطبـية الثنائية سىء بصـفة عامـة (دافنبورت وآخـرون ١٩٧٧ ، جانوسكـى وآخرون ١٩٧٠) . فـالزوجـات اللاتى يطلبن الطلاق ينفذن ما يطالبن به فى العـادة ولا يطالبن به لمجرد التطمين أو من أجل المصالحة مع المريض . كمـا نجد زوجات أخريات يستمـر إخلاصهن لأزواجهن المرضى حتى النهاية باستخـدام التبرير أو الإنكار للتهوين من خطورة المرض . ولا يعنى ذلك بالطبع أن الطلاق هو النهاية المحتومة لزواج كل مصاب بالقطبية الثنائية . فقد يقـول زوج مريضة مثلا بعد طردهما من سـكنهما بسبب سلوك زوجته المريضة «أعـرف أنها فى حالة سيئة الآن ، ولكنها إنسـانة حسنة المعشر عندما تـتحسن» . ومن جـهة أخـرى ، قد يصـادف المعالج زوجات تـعرضن للأذى البدنى أو اللفظى على يد أزواجهن المرضى .

وينبغى أخذ جوانب السلوك التدميرية دائما بعين الاعتبار فى الخطة العلاجية أثناء عودة انفعال المريض لحالته الطبيعية ، حتى نتمكن من اتخاذ تدابير وقائية على المدى البعيد للحفاظ على علاقاته الاجتماعية . ويستطيع المعالج تطويع ملكات مريضه السليمة ، كالإدراك والذاكرة ، لصالح العلاج . فيطلب من مريض قال له «إنك لا تعرف ما الذى مررت به» أن يكتب تاريخ مرات دخوله السابقة وقائمة بمشاكله لعرضها فى الجلسة القادمة . ويقول لمريضة تنفق كل نقودها «إنك تديرين مشاريع كثيرة ويهمنى أن أطلع على كشف مكتوب لحساباتك» . إذ يجب أن تمثل كل خطوة تكتيكية علاجية دعما للواقع وحركة مضادة لدفاعات مريض الهوس التى تنكره .

وعلى المعالج أن يدرك أن المرور بخبرة الهوس أو الهوس الخفيف خبرة ممتعة بالنسبة إلى المريض ، وأنها تدعم الإنكار وتعرقل التزامه بالدواء وبالعلاج ككل فى الوقت نفسه . وينبغى التعامل مع هذه المشكلة عندما تصبح عقبة رئيسية فى طريق العلاج . إن اعتراف المعالج بالمتعة التى يشعر بها المريض مقدمة مفيدة لأى فنية تدعيمية من اللاتى قمنا بذكرها فى هذا الفصل .

ومطلوب من المعالج أن يتذكر أن مرضى الهوس يعانون من شذوذ الانفعال والتفكير . فنجدهم غير عقلانيين وغير قابلين لمناقشة أفكار العظمة . ولكن يستطيع المعالج انتقاء بعض جوانب سلوك الهوس الدفاعية (على عكس الدفاعات البيولوجية المنشأ) وتفسيرها للمريض . هذا وقد ازداد الوعى بوجود حالات هوس مختلطة يظهر فيها الاكتئاب والنشوة بتبادل سريع أو بصورة متزامنة (هيميلهوك وجارفينكل ١٩٨٦) ، والتى تمثل صورا شديدة من المرض . وإن كانت تلك الحالات أقدر من غيرها على مناقشة الجانب الاكتئابى من انفعالاتها مع المعالج وطلب المساعدة .

وفى الجدول التالى ملخص لنظام علاج مرض الهوس الحاد . ووضع مثل هذه الخطة موضع التنفيذ يساعد المريض على تذكر القيود التى فرضت عليه لرعايته فى مراحل المرض المبكرة ، الأمر الذى يفيد العلاج بصورة أفضل .

جدول (٨ - ٥) خطة علاج مرضى الهوس الحاد

اتخذ من المريض موقفا حازما ومتعاطفا واستخدم الضوابط مع مساندته في الوقت نفسه .
لا تنحاز لوجهة نظره .
طور مدخلا علاجيا متسقا يبطل مناورات مريض الهوس مستخدما معتقدات المريض عن شخصه .
ضع حدودا للتجاوز أثناء العلاج مثل : تجنب التفاعلات غير المجدية وتعزيز التفاعلات المفيدة .
ضع حدودا لحماية الآخرين خارج العلاج (العاملين بالمستشفى ، الأسرة ، الغرباء) .
تعاون مع الأسرة تعاونا وثيقا للتوصل إلى خيارات عملية من وجهة نظرها .

مريض الهوس المتعافى

يستفيد مرضى الهوس المتعافون مثل غيرهم من أنواع العلاج النفسى المختلفة ، بالإضافة إلى الأدوية النفسية المساندة . وهم مؤهلون بصورة خاصة لتلقى العلاج النفسى التدعيمى لما لاضطراب القطبية الثنائية من أسس نفسية فيسيولوجية قوية . ويصعب فى العادة استعمال الوسائل التى تعتمد بصورة رئيسية على المفاهيم النفسية أو الاجتماعية ؛ إذ إن الهدف الأساسى من العلاج تسليح المريض ضد الانتكاس . وبالرغم من عدم وجود فروق دالة بين مجموعة مكونة من ٣٥ من مرضى الهوس الذين استقرت حالتهم باستعمال الليثيام ومجموعة ضابطة مكونة من عدد مماثل من الأسوياء ، فإن بعض مرضى الهوس تظهر على شخصيته بين النوبات سمات نرجسية قد تمثل توافقا مقبولا مع حالتهم (ماكفين وآخرون ١٩٧٨) . ولم تتناول دراسة ماكفين كثرة

حدوث الإنكار فى مرضى القطبية الثنائية ؛ وذلك لأن المجموعة الضابطة كانت تتكون من أسوياء لا يعانون من مرض ينكرونه . فالمريض الذى يتذكر أنه قام أثناء المرض بتبديد كل مدخراته أو الاعتداء على زوجته يميل حتى بعد تعافيه إلى تبرير تصرفاته بصورة أو بأخرى . ويعكس هذا الوضع بقايا هوس مزمن أو حالة هوس عولجت بصورة جزئية أو هوسا خفيفا أو حالات من النشوة العصابية NEUROTIC ELATIONS . وعلى المعالج التعرض لهذه البقايا ، بغض النظر عن أسبابها كما يتضح من المثال التالى .

حالة :

مريضة تبلغ ٣٧ عاما وسبق لها دخول المستشفى ثلاث مرات ، مرتان لإصابتها بالهوس والثالثة لإصابتها بالاكتئاب . وكانت تلك المريضة مهتمة بمناقشة مؤلفاتها وبحوثها مع المعالج . وعلم المعالج أن المريضة تتلقى معونة عجز قدرها ٣٠٠ دولار شهريا من والديها ، بالإضافة إلى ٥٠٠ دولار من زوجها السابق . وكانت تريد أن تصبح مؤرخة ، ولكنها نظرا لمعدل انتظامها البطىء فى الدراسة لم تتمكن من استكمال عدد ساعات الحضور المطلوبة للتقدم للامتحان . وكانت تصر على أنها متحسنة .

وكان باستطاعة المعالج مواجهة هذا السلوك بالتفسير ، ولكنه قرر أن يتمشى مع دفاعات المريضة فى البداية . وقام باستعراض حياتها وأكد لها أنها موهوبة بالفعل ، وأنها تستحق التقدير ، ولكنه أشار فى الوقت نفسه إلى عدم نجاح خططها الدراسية الحالية . إذ كان التقدم الذى تحققه بطيئا كما كانت تحرم نفسها من صحبة الآخرين لتمضيتها كل وقتها بمفردها . وبيّن لها أن كل ما تحتاجه هو تخطيط أفضل لمستقبلها مع الاستفادة من إمكاناتها . وأقنعها بحضور ندوة عن تخطيط المستقبل حيث تعرفت على أصدقاء جدد ، كما اتسع نطاق أنشطتها الاجتماعية . وتمكنت فى النهاية من الموافقة على تخفيض قيمة المساعدات المالية الخارجية التى تتلقاها وأن تحيا حياة أكثر استقلالية .

إن خطة العمل فى العيادة الخارجية فى الحالة السابقة وفى غيرها ممن أصيبوا بالهوس من قبل ، تواصل التركيز على الإجراءات الوقائية التى تمنع عودة الهوس أو الاكتئاب من الظهور مرة أخرى . ويهتم مرضى القطبية الثنائية بفهم حالتهم المرضية وعلاجها الدوائى المساند . وإذا كانت تلك هى الحال ، فعلى المريض الاتصال بمجموعة تدعيم محلية أو قومية للحصول على معلومات مفصلة عن مرضهم . كما يحتاج الخوف من الانتكاس وآثاره المدمرة والخسائر التى قد يسببها إلى تناولها بالمناقشة . ونظرا لارتباط انتشاء المزاج بعدم الالتزام باستعمال الدواء ، ينبغى أن يتعلم المريض الربط بين الاثنين واللجوء إلى المعالج أو لمن يصف الدواء لحمايته من عواقبه . وعلى المعالج ألا ينخدع بدرجة تحسن المريض فيهمل متابعة الالتزام ؛ إذ كثيرا ما تكون العلامة المرضية الوحيدة الضاهرة هى إنكار المرض وما يستتبع ذلك من عدم التزام بالعلاج .

وبالرغم من تفسير المدارس الدينامية للهوس بأنه دفاع ضد الاكتئاب أو تعبير عن النكوص إلى الإحساس بالقدرة المطلقة الطفولى فإن البحوث الحديثة تشير إلى وجود عدد لا بأس به من المشكلات العلاجية الناتجة من المرض فى حد ذاته . وقد قام كان (١٩٩٠) بتلخيص أهمها :

* إيقاف (المرض) للمهام الإنمائية مثل تكوين العلاقات مع الآخرين خارج الأسرة والإنجاز المهنى .

* التمييز بين الانفعالات الطبيعية وغير الطبيعية والميل إلى الخوف من الانفعالات القوية .

* انهيار المعنويات بسبب الخوف من الانتكاس .

* القلق من انتقال المرض عن طريق الوراثة .

* خسائر بسبب العلاج ذاته (فقدان اعتبار الذات بصورة رمزية أو الاعتذار بالعلاج عن الفشل فى نواحٍ لا علاقة لها به) .

ويستطيع المعالج تطمين وتوعية وإرشاد المريض ، فيما يتعلق بمعظم الجوانب المذكورة أعلاه . ولعل أصعب المهام التى تواجه كلا من المعالج والمريض الاستمرار فى الانتباه لتغيرات الانفعال التى قد تعنى الانتكاس ، دون خنق الانفعال لأحداث الحياة الطبيعية أو الاستجابة لميراث الحياة اليومية أو ما قد تؤدى إليه من اكتئاب . وعادة ما يتصل أشخاص آخرون من العاملين بالعيادة الخارجية بالمعالج لتنبيهه بأن حالة المريض قد ساءت وأنه يحتاج إلى الدواء . وقد لا تساعد الخبرة الواسعة المعالج على التمييز بين التنبيهات الصحيحة والخاطئة ، ولكنها مفيدة فى كل الأحوال .

الفصل التاسع

اضطرابات القلق

ستتناول فى هذا الفصل بعض أساليب علاج اضطرابات القلق بالعلاج التدعيمى . ويحتل القلق مكانة محورية فى نظريات كثيرة من نظريات السيكوباثولوجى ، ولكنه مجرد عرض بالنسبة إلى العلاج التدعيمى الذى لا يستند إلى نظرية بعينها . ومع ذلك ، على المعالج تذكر اختلاف معنى القلق بالنسبة إلى زملائه عند اتصاله بهم وحيث يكون للمصطلح أساس نظرى يملى عليهم تصورا معينا لحاجات المريض . فبعض النظريات مثلا يرى فى القلق القوة التى تدفع المريض للسعى إلى العلاج والبحث عن التغيير ولو بصورة جزئية ؛ لذلك لا ينبغى على المعالج تخفيف أعراضه فى بداية العلاج حتى لا ينصرف المريض عنه قبل انتهائه (أوستو ١٩٦٢) .

وتتبنى إحدى مسلمات العلاج التدعيمى رأيا مناقضا للرأى السابق بصورة كاملة . فوجود القلق أسوأ من عدم وجوده كما قال هارى ستاك ساليفان (١٩٥٤/ ١٩٧٠) ؛ لأنه ما من شخص يسعى وراء خبرة القلق أو يريدها فى حد ذاتها . فتقليل القلق مطلوب فى كل الأحوال إلا فى حالات استثنائية قليلة . فالقلق نفسه يزيد الأعراض الأخرى سوءا وينشر الارتباك ويؤدى إلى انهيار الروح المعنوية واعتبار الذات ، كما يساهم فى نشوء اضطرابات الاكتئاب وأمراض جسمية متنوعة ، فضلا عما يسببه من زيادة فى نسبة الإصابة بالأمراض والوفيات (ألجولاندر ولافورى ١٩٩١ ؛ كوريل وآخرون ١٩٨٦) . لذلك ، يقوم المعالج التدعيمى بتقليل القلق الذى يشعر به المريض حتى يحس براحة أكبر .

علاج أعراض القلق

للعلاج قواعد عامة حتى عند اختلاف تفاصيل الفنيات والتدخلات حسب المريض وطبيعة الأعراض والاضطراب الذى يعانى منه على وجه التحديد . وتنطبق هذه القواعد على العلاج التدعيمى لأعراض القلق سواء كانت جزءاً من أحد اضطرابات القلق أو جزءا من اضطراب آخر .

ويجب على المعالج أن ينقل إلى المريض بعضا من إحساسه بشدة الأعراض . وقد يفعل ذلك باستخدام عبارة إمبائية سهلة ، كأن يقول «لقد كان ذلك شيئا عصبيا بالنسبة إليك» أو «لا بد أن هذا النوع من القلق من هذا النوع قد سبب لك ارتباكا شديدا» . ولا يجب صرف المريض بعد الجلسة الأولى إلا بعد اقتناعه بأن المعالج قد توصل باستخدام الوسائل التوضيحية المذكورة فى الفصل الرابع إلى تصور ما عن الخبرة التى مر بها .

كما أن التوصل إلى تشخيص - حتى لو كان مبدئيا - يزود المريض بشىء من الفهم لخبرة القلق ؛ لأن طبيعة أعراض القلق المربكة والمضعفة للمعنويات تخلق فى نفس المريض الخوف من أن يكون مصابا بمرض عقلى أو جسمى فتاك أو شئ آخر من هذا القبيل . ويضع التشخيص فى أحيان كثيرة حدا لتلك المخاوف وتبدو الأعراض مفهومة بالنسبة إلى المريض . فعملية التشخيص أو الشرح الموجز للمرض آثار علاجية فى حد ذاتهما .

ويشعر المريض بالارتياح عند شرح المعالج للأعراض باستخدام المصطلحات الفيسيولوجية أو الكيميائية الحيوية ، كأن يبين للمريض كيف يؤدى تغير مستوى البيكربونات فى الدم إلى الخوف ... إلخ . كما أن الرسومات الفيسيولوجية التوضيحية التى تبين فيها الأسهم طرق الإثارة والاستجابة تساعد على ذلك بدورها . كما أن معرفة المريض أنه يعانى من ردود فعل لا تختلف عما يعانيه غيره من الناس يشعره بالراحة . فكلنا يخاف مثلا من الأماكن الغريبة مما يضعنا على المتصل نفسه الذى يقف عليه المرضى النفسيون .

إن صياغة مدخل علاجى ، حتى لو كان مبدئيا ، يحيى الأمل فى قدرة المعالج على تخفيف الأعراض . ويقوم المعالج فى العادة بنقل هذا الإحساس بالتفاؤل الواقعى إلى مريضه حتى يتمكن من الأمل فى استعادة سيطرته على معنوياته ورفعها ، وهو ما نعتبره عنصرا أساسيا من عناصر نجاح أى علاج نفسى (فرانك ١٩٧٤) .

وبالرغم من البداية الحادة لاضطرابات القلق لا ينبغى أن يظن المريض أنها ستنتهى بصورة تلقائية ؛ لأن معظمها مزمن ومتكرر . ويؤدى العلاج التدعيمى إلى تمكن المريض من التعامل مع الأعراض عند عودتها للظهور دون خوف أو عجز .

وعلى المعالج أن يبدى استعداده لتحرى إمكانية استخدام الدواء أو فنيات معينة مضادة للقلق عند اللزوم . وهدف المعالج إشعار المريض بأنه فى متناول يده عند شعوره بالحاجة إليه . وعلى الطبيب النفسى إرشاد المريض إلى طرق الاتصال به ، ولا سيما إذا كان يستعمل الدواء .

ويتم تناول موضوع الأدوية بصفة عامة ومزاياها وعيوبها ودواعى استخدامها فى مرحلة مبكرة من العلاج التدعيمى حتى لو لم يصف المعالج دواء فى البداية . وقد يحتاج الأمر إلى استخدام فنيات معينة مثل كيس الورق فى حالات تلاحق التنفس HYPERVENTILATION أو تعليمات الاسترخاء العضلى المتدرج . وقد يشير المعالج إلى هذه الفنيات فى مرحلة مبكرة تاركا استخدامها للمراحل اللاحقة من العلاج .

وعلى المعالج الذى يتعامل مع اضطرابات القلق أن يحرص على راحته الشخصية . فالمعالج القلق والذى لا يشعر بالأمان يزيد قلق المريض ويقلل فرص استماعه لمخاوف المريض والخبرات والظروف التى سببت له القلق (فروم رايكمان ١٩٥٠) . فعلى المعالج أن يعلم أن القلق معدٍ وأن عليه تجنب عكس معاناة المريض من خلال سلوك المعالج غير اللفظى .

وفيما يلى بعض الوسائل العلاجية الأساسية للتعامل مع أعراض القلق (جدول ٩ - ١) .

جدول (٩-١) وسائل التعامل مع أعراض القلق

أظهر استعدادك لتخفيف الأعراض .
استخدم عبارات الإمبائية التى تتعرض لقلق المريض .
استخدم تشخيصا وشرحا للحالة .
انقل إليه إحساسك بتفاؤل واقعى .
تحرَّ إمكانية استعمال الأدوية أو فنيات خاصة بتخفيف الأعراض .
انتبه إلى ما قد تشعر به أنت نفسك من قلق وحاول إخفاءه .

اضطرابات القلق النوعية

تضع أنظمة التصنيف الحديثة للأمراض النفسية تحت عنوان القلق الاضطرابات الكلاسيكية مثل الرهاب واضطراب القلق العام والهلع ومخافة الأماكن الفسيحة . وتضيف إلى تلك اضطراب الوسواس القهرى والاضطرابات الانعصاب التالية على الصدمات . والخاصية المشتركة بين كل تلك الأنواع هى أعراض القلق الواضحة بالإضافة إلى بعض أشكال من السلوك التجنبى . لقد تناولنا القلق كعرض فى القسم السابق سواء فى حالة اضطراب القلق أو كجزء من تشخيصات أخرى . وسنتناول فى هذا الجزء اضطرابات القلق نفسها .

الرهاب البسيط

SIMPLE PHOBIA

الرهاب البسيط هو الخوف المتواصل من مؤثر محدد . وكانت كل الأنواع التى يمكن تصورها تسمى بأسماء إغريقية مثل : أكروفوبيا (الخوف من الأماكن المرتفعة) وميزوفوبيا (الخوف من القذارة) وهيدروفوبيا (الخوف من الماء) ... إلخ . ويولّد التعرض للمؤثر المعنى الخوف فى نفس الشخص فى كل الأحوال ، بل قد ينشأ من مجرد توقع التعرض له . لذلك ، يتجنب المصابون بهذه الحالة المواقف التى تسبب الرهاب . ويدرك المريض تماما أن مخاوفه غير منطقية وأن تجنبه لها مبالغ فيه . كما يبحث معظمهم عن العلاج عندما تؤثر أعراض القلق على حياتهم أو عند خضوعهم لظروف خارجية تفرض عليهم التعرض للمؤثر (شخص أصبح يعمل فى وظيفة تفرض عليه كثرة السفر بالطائرة التى يخاف من ركوبها) .

ويعتبر التعرض المتدرج للمؤثر على الطبيعة أو فى الخيال جزءا كبيرا من العلاج . ويوفر المعالج المناخ المساند الذى يسمح للمريض بمناقشة مخاوفه ويشجعه على مواجهة الموقف المخيف بصورة تدريجية . كما قد يصاحب المريض أحيانا أثناء بداية تعرضه للموقف المعنى . إن ما يساعد على تخفيف الرهاب هو تعرض المريض للمؤثر وعدم محاولة تجنبه . وتختلف مدة الجلسة حسب متطلبات العلاج . ويؤدى التعرض الممتد للمؤثر إلى نتائج أفضل من التعرض له مرات كثيرة ولمدد قصيرة (سترن وماركس ١٩٧٣) .

ويستحسن إدخال الفنيات السلوكية فى إطار العلاج التدعيمى لحالات اضطرابات الهلع ؛ ولا سيما إبطال الحساسية الذى وصفه وولبى (١٩٦٩). ونطلب من المريض تكوين تدريج هرمى للمخاوف بادئا بأقل المثيرات إثارة للقلق ومنتهيا بأكثرها تسببا له ، ثم يتدرب المريض مستعينا بالاسترخاء العضلى العميق لكل جزء من أجزاء الجسم على التوالى . وبعد الانتهاء من الاسترخاء ،

يبدأ المريض فى تخيل المنظر الأول من مدرج المخاوف ويستمر فى الاسترخاء حتى يزول القلق . ويكرر العملية نفسها بالنسبة إلى المنظر الثانى إلى أن يتمكن من تخيل الموقف الذى كان يسبب له قلقا شديدا دون الإحساس بالخوف .

حالة :

طبيبة أسنان شابة حضرت للعلاج النفسى لأنها تعانى من قلق شديد كلما قامت بعلاج أسنان الأطباء النفسيين . بدأت الحالة عند حقنها لمخدر موضعى فى فك طبيب نفسى . وهو إجراء يتطلب من طبيب الأسنان الاحتفاظ بذراعه فى وضع معين لمدة طويلة . أخذ ذراعها يهتز بشدة بعد فترة من الزمن بسبب تعب عضلاتها ، ولاحظ الطبيب النفسى المريض الذى كان إنسانا فظا كثير الطلبات وينتبه لكل حركاتها الاهتزاز ، فظهر على وجهه الغضب وسألها عما إذا كانت تشعر بالتوتر . وعندئذ أدركت الطبيبة أنها تحس بقلق شديد . وكانت أسنان ذلك الطبيب النفسى تحتاج إلى علاج طويل ... فأصبحت الطبيبة تصاب بالرعشة فى ذراعها والقلق الشديد أثناء زياراته لها بعد ذلك ، وبالرغم من عدم اضطرارها إلى حقن المخدر فى كل مرة . وتصادف أنها كانت تعالج طبيبا نفسيا آخرفى نفس الوقت ، فأصبحت تشعر بنفس الأعراض عند علاجه .

بدأ المعالج بتكوين تحالف علاجى مع المريضة وقام بتطمينها قائلا بأن الأعراض محدودة المدة . واتفق الاثنان على أن فى شخصية بعض الأطباء النفسيين سمات بغيضة ثم بدأ فى تطبيق برنامج علاج سلوكى معدل .

قامت الطبيبة بإعداد قائمة متدرجة للمواقف بادئة بالمرضى العاديين ثم الأطباء ثم الأطباء النفسيين ، وأخيرا علاج طبيب نفسى عابس وكثير النقد . وتمكنت بسرعة من السيطرة على قلقها فى كل المواقف المتخيلة كما تمكنت فى الوقت نفسه من علاج الطبيب النفسى ، دون أن ترتعش يداها أو أن تشعر بالقلق .

ونلاحظ أن المريضـــة تخلصت من مـرضـهـا بدون قـيـام المعـالج باستكشاف الجوانب اللاشعورية لخوفها من الأطباء النفسيين .

وبالرغم من أننا سنقوم بوصف عدد من الفنيات الـسلوكية لعلاج أعراض معينة ، على المعـالج التدعيمى أن يتـذكر أن استعمالـها ليس ضروريا فى كل حالات اضطراب القلق . وحتى فى حالة فشـل تلك الفنيات فى مساعدة المريض أو عدم وجود داع لاستـخدامها ، يستطيع المعالج التوصـل إلى نتائج طيبة من مجرد الالتزام بالمدخـل الإمبائى الذى وصفناه من قبل . إن الإمبـائية والسماح للمريض بوضع جدول للعمل فى الجلسات وتشجيعه على التعبير عن انفعالاته ومناقشـة مشكلاته والاكتـفاء بالتعـامل مع مواقف الرهاب عند ذكـره لها هى فنيات تماثل الفنيـات السلوكية فى فعـاليتها (كلايـن وآخرون ١٩٨٣ ؛ زيترين وآخرون ١٩٧٨) .

اضطراب الهلع ورهاب الأماكن الفسيحة

PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA

قد تصـحب اضطراب الهلع مضاعـفات اجتمـاعية وصحـية جسمـية من ضـمنها الأعـراض النفسـية المـعوّقـة وسوء اسـتعـمال المسكرات والمخـدرات ومحاولات الانتحار واضطراب العلاقات الاجتماعية والزوجية والمشاكل المالية (ماركـويتز وآخـرون ١٩٨٩) . وتشيـر الدراسات الوبائيـة الأمريكيـة إلى أن اضطراب الهلع من أكثر الاضطـرابات التى يتردد بسببهـا المرضى على العيادات النفسية للعلاج (بويد ١٩٨٦) . ويُستخدم الأساليب التالية فى علاج اضطراب الهلع سواء كان مصحوبا برهاب الأماكن الفسيحة أو لم يكن .

وعلى المعالج عند تناوله حـالة تعانى من اضطراب الهلع وضع مضـاعفاته الاجتماعيـة والطبية النفسية الخطيرة بعين الاعـتبار . لذلك ، يجب عليه وضع خطة علاجـية شاملة تجـمع بين العلاج التدعـيمى والتقيـيم الطبى واستعـمال

الأدوية النفسية بصورة صحيحة ، بالإضافة إلى استعمال الفنيات السلوكية وعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة - إن وجدت - أو تحويل المريض إلى الجماعات التدعيمية والتعاون مع أقاربه (روبرتس ١٩٨٤) .

والكشف الطبى الدقيق موصوف فى هذه الحالات نظرا لما تسببه أمراض عضوية كثيرة من أعراض تشبه أعراض الهلع ، مثل : زيادة نشاط الغدة الدرقية ، انخفاض مستوى السكر فى الدم ، والإفراط فى تناول القهوة (انسمام الكافيين) (راج وشيهان ١٩٨٧) . وينبغى أن نحدد أثناء التقييم كمية المنبهات والقهوة التى يستهلكها المريض يوميا ؛ إذ لا يتخيل مرضى كثيرون كمية الكافيين الكبيرة التى يتعاطونها عن طريق المشروبات الغازية ومسكنات الألم ... إلخ . وقد يكون لتخفيض استهلاك الكافيين والنيكوتين وغيرهما من المنبهات نتائج علاجية مفيدة .

تناولنا ، فيما سبق ، الجوانب المهمة من العلاج التدعيمى فى حالات القلق . وقلنا إن الجمل الإمبائية والتطمين وشرح الأعراض والتشخيص ونقل تفاؤل واقعى للمريض تساعد كلها على رفع معنوياته ومنع المزيد من التدهور . كما أن تكوين تحالف علاجى يسمح للمعالج باستخدام قدراته على الإقناع فى تشجيع المريض على القيام بالمهام الصعبة (مثل التعرض للمؤثرات المخيفة على الطبيعة) حتى يتغلب على تجنبه لها .

كما تلعب الأدوية النفسية دورا رئيسيا فى علاج اضطراب الهلع . فقد استخدمت مضادات الاكتئاب وبعض مركبات البنزوديازبين BENZODIAZEPINES بمفردها ومجتمعه بنجاح فى علاجه (بالنجر ١٩٩١) . وإذا كانت نوبات الهلع شديدة أو تتكرر بكثرة ، يجب على المعالج وصف الدواء فى مرحلة مبكرة . أما إذا كانت الأعراض طفيفة أو كان ظهورها مرتبطا بمواقف معينة فقط ، فقد لا يتطلب الأمر استعمال الدواء أو قد ينتظر المعالج إلى أن ينتهى من تجريب جوانب العلاج التدعيمى الأخرى قبل اللجوء للأدوية .

ونستخدم الوسائل السلـوكية أحيانا عند مصاحبة رهاب الأمـاكن الفسيحة لاضطراب الهلع . ويشمل العلاج السلوكـى تحديد نمط سلوك المريض التجنبى ووضع برنامج لتعريض الذات للمواقف المخيـفة على الطبيعة (ماركس ١٩٨٧) . وقد نكتفى فى بعض حالات الهلع والرهاب بالنصح البـسيط الخاص بالتعرض التدريجى لمؤثرات البيئة (مثل إبطال الحساسية الذى وصفناه من قبل) .

ويشعر مـرضى كثيرون بانخـفاض ملحوظ فى عدد نوبات الهلع التـلقائية وارتفاع مواكب فى الروح المعنوية واعتبار الذات بعد استخدام العلاج التدعيمى والدواء وبعض الفنيات السلوكية فى العيادة الخارجية ؛ وإن استمر معظمهم فى المعاناة من قلق التوقع ANTICIPATORY ANXIETY بصورة ملحوظة وفى تجنب مواقف كثيرة وفى فرض قيـود عديدة على أنشطتهم . ولقد واجه فرويد شخصيا هذه العقبة (فرويد ١٩١٩ [١٩١٨] / ١٩٥٥) ، كما يتضح من قوله بأن التحليل النفـسى التقليدى بمفرده لا يمـكّن المريض من السيطرة على رهاب الأماكن الفـسيحة ، وعلى المعالـج أن يقوم بتوجيهـه لتعريض نفسـه للمواقف المخيفة .

وتتخـذ أساليب تشجـيع المريض على التعـرض للمخاوف صـورا تختلف حسب كل مريض ؛ إذ يستفيـد بعض المرضى من شرح عقلانى للعملية ولمزايا التعرض المتزايد وما يؤدى إليه من انطفاء اسـتجابة الهلع ؛ بينما يحتاج آخرون لتدعـيم مفصل وتدريجى ومسـاندة المعالج لهم فى الأوقات الحرجـة . فنحدد مثلا لمريض الهلع المصحوب بالرهاب أهدافا متدرجة أولها الخروج من منزله أو البقـاء فى المكان الذى يخاف منه لمدة خـمس دقائق فقط . ويـتم تحديد تاريخ ومدة خـروجه مسبـقا ، كما يـطلب منه المعالج الاتصال به هاتفـيا فى الوقت الذى ينتظر فـيه بجوار الـهاتف . وبعد تمكـنه من الاستمـرار فى الموقف لمدة خمس دقائق ، نزيد مدة التعرض أو نضع له أهدافا أكثر صعوبة إلى أن تنطفئ استجابة الهلع .

ويحتاج بعض المرضى إلى اصطحاب مـرافق كالزوجة أو صديق فى بداية التعرض . ولا نعـتبر مثل تلك الصحـبة مجرد دعامة يـتكئ عليها المريض بل علاجا مشتـركا قابلا للتعديل المتدرج أو الإلغاء . وكثيـرا ما يتعاون المعالج مع الزوج أو الزوجـة أو الأسـرة حتـى لو لم يقم أى منهم بمرافـقـة المريض عند تعرضه للمواقف ؛ إذ قد يلعب أعضـاء الأسرة دورا رئيسيا فى تشجيع المريض أو فى تغيير طريقة نقدهم له أو ما يقومون به من دعم للمكسب الثانوى .

ويحتاج عدد قليل من المرضى إلى مصاحبة المعالج لهم . وفى هذه الحالة يستـفيد المريض بـصورة أكبـر من الجلسات الممتـدة التى يحضـرها المعالج من الجلسات الكثيرة والقصيرة المدة .

كما يستفيد مرضى كثيرون من تحويلهم إلى جماعات العون الذاتى الخاصة بمرضى الهلع أو رهاب الأماكن الفسيحـة أو الرهاب البسيط . ويسهل الاتصال بتلك الجماعات فى المدن ، كما يقودها فى العادة مهنيون كانوا يعانون من هذه الحالات وتعـافوا منها . وتسـاعد مثل تلك الجمـاعات المريض على استـعادة احتـرامه لذاته ، كما تزوده بفنيـات مجابهـة عملية وبالدعم الانفعـالى . وقد يفكر المعـالج فى عـلاج مرضى الهـلع والرهاب بالجمـع بين العلاج الفـردى والجمعى . وفى هذه الحـالة ، عليه إعداد المريض إعدادا جيدا لما قـد يشعر به من هلع عند حـضوره أول جلسة عـلاج جمـعى . ولكن الأمر لا يتـخذ فى العادة هذا الطابع القاتم ؛ إذ ينطفئ عدد من أعراض الهلع قبل تلك الجلسة .

ويتعين على من يعـالج الهلع أن يتوقع احتـمال إصابة مـريضه باضطراب نفسى آخر أو بإحدى مـضاعفاته ؛ إذ كثيرا ما يعـانى هؤلاء من الاكتئاب الذى يحتاج إلى عـلاج فى حد ذاته ، بل إن المريض قد يعانى من الدونيـة وانشغال البال المفرط أو من مشاكل شخصية ، وكلها تحـتاج إلى التركيز عليها حتى بعد زوال أعراض الهلع . كما أنه معرض للانتكاس وخـاصة عند تعرضه للضغوط النفسيـة الشديدة . لذلك ، على المعالج أن يبين له أن احـتمال الانتكاس وارد

وأن يوضح له فى الوقت نفسه أن الانتكاس عادة ما يكون أخف وأقل استمرارا ومحـدود المدة أيضـا . كما يـتفق المعـالج مع المريض عند إنهاء العـلاج على الجلسات التنشيطية BOOSTER SESSIONS التى قد يتطلبها حدوث مثل هذه الانتكاسات فى المستقبل .

اضطراب القلق العام

GENERALISED ANXIETY DISORDER

تتداخل مظاهر اضطرابات القلق مع بعضها إلى حـد كبير كما تتداخل مع أعراض الزملات الاكتئابية (مـاركس ١٩٨٦) ، كما تتداخل وسائل العلاج مع بعضها أيضا . فالعـديد مما ذكرناه عن علاج الرهاب البسيط أو اضطراب الهلع ينطبق على اضطراب القلق العـام ؛ إذ نقوم عند عـلاجه بإجـراء فحص طبى شامل ، وتقليل استعمال الكافيين والمنبهـات الأخرى ، والتوعية بطبيعة المرض ، والتطمين ، واستعمال عبارات الإمباثية ومضادات القلق أو الاكتئاب ، وفنيات العلاج السلوكى ، والتفاؤل بنجاح العلاج، والجلسات الأسرية وما إلى ذلك . وسنتناول فى الفصل الـعاشر علاج اضطراب القلق المـصاحب لسوء استـخدام المسكرات والمخدرات .

وسنتناول ، هنا ، فنية جـديدة : يلعب تسارع التنفس HYPERVENTI-LATION دورا رئيـسيـا فى إحـداث أعراض اضطراب القلـق العام (بالنجـر ١٩٩٠ ؛ هوز وآخرون ١٩٨٧) . ويقال إن كـاتارينا - أول مريضة شخـصها فرويد بأنهـا مصابة بـعصاب القلق - كـانت تعانى من تسارع الـتنفس بصورة أسـاسيـة (فـرويد ١٨٩٣ - ١٨٩٥/ ١٩٥٥) . ويسـتطيع المعـالج التـدعيـمى استعمال طريقة بسيطة لعلاج هذه الحالة .

ينبغى أن يكون كيس الورق من ضمن المعدات الموجودة فى عيادة الطبيب النفسى . كما يجب أن يسمح حجمه بتغطية أنف وفم المريض . ويقوم المعالج بعد تكون التحالف العلاجى بشرح الأسس الفيسيولوجية التى يؤدى بها تلاحق التنفس إلى ظهور بعض أعراض القلق ، ودور كيس الورق فى المحافظة على نسبة تركيز ثانى أكسيد الكربون فى الدم وبالتالى إلى كف الأعراض . وقد يقترح المعالج على المريض القيام بتجربة عملية بأن يطلب منه إحداث أعراض القلق بواسطة تسارع التنفس المتعمد (اقرأ التحذير المكتوب أدناه) .

وبعد ظهور الأعراض يطلب من المريض وضع الكيس على الأنف والفم بحيث يترك مسافة لدخول الهواء الخارجى بوضع إصبعه تحت حافة الكيس . وسرعان ما تختفى أعراض القلق ، الأمر الذى يثير دهشة المريض وتساؤله عما إذا كانت المسألة بهذه البساطة ، وعما إذا كان يستطيع التحكم فى أعراضه بتلك السهولة . وتؤدى هذه التجربة إلى زيادة احترام المريض لذاته وإحساسه بالسيطرة على نفسه ، كما أنها تتيح للمعالج فرصة مشاهدة الأعراض على الطبيعة بدلا من الاكتفاء بالاعتماد على رواية المريض . فيتمكن بالتالى من التعامل مع ما لاحظه بالفعل .

وقد ننصح بعض المرضى بالتدرب على تلاحق التنفس ثم استخدام كيس الورق بصورة يومية فى منزله لعدة أسابيع ؛ لأن إثارة أعراض القلق ثم التخلص منها فورا يثبت للمريض أنه يستطيع السيطرة على أعراضه . وفى مرحلة لاحقة ، نطلب من المريض استئناف تدريبات التنفس واستخدام كيس الورق عند ظهور نوبات القلق التلقائية بعد اختفاء الأعراض لمدة طويلة (كومبيرنول وآخرون ١٩٧٩) .

وقد نفضل أحيانا إجراء هذه التجربة فى حضور أسرة المريض ؛ لأن ذلك يزيد من طمأنينته ، كما يتيح للمعالج فرصة ملاحظة تفاعلات أسرية مهمة ومظاهر مكسب ثانوى محتمل . كما أن التعاون مع أحد أعضاء الأسرة يشجع المريض على القيام بجلسات تسارع التنفس فى منزله .

وقد نصف استخدام تسارع التنفس المتعمد لإحداث مشاعر القلق بأنه أحد أنواع التعديل المعرفى ؛ لأن هذه العملية تسبب الشعور بضربات القلب والدوخة ومشاعر أخرى كان المريض يخطئ فى تفسيرها . وعند اقتناع المريض من الخبرة المباشرة بطبيعة أعراضه الفعلية يسهل تغيير اعتقاده بأن حدوث تلك الأعراض نفسها فى ظروف مختلفة يعنى أنه مصاب بمرض خطير أو أنه موشك على الموت . لذلك ، يعتبر التعديل المعرفى الناتج وسيلة فعالة لعلاج القلق (جلدر ١٩٩٠) .

وعلى المعالج أن ينتبه جيدا إلى التحذير التالى : **قد يؤدى التنفس المتلاحق المتعمد إلى أعراض خاصة بالقلب ؛ لذلك لا ننصح باستعماله فى كل الحالات وعدم القيام بالتجربة الأولى إلا تحت إشراف طبى دقيق .**

اضطراب الانعصاب التالى على الصدمات

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

يتصف هذا الاضطراب بأعراض متنوعة ؛ من ضمنها العودة إلى استشعار الحدث الصادم من خلال الذكريات التى تفرض نفسها على الشخص ، والأحلام ، وومضات استرجاع الماضى ، وأعراض ناتجة عن إثارة الجهاز السمبتاوى مثل : الأرق والعصبية والتوجس والمواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة أو تبلد الاستجابة بصفة عامة .

وقد اتضحت فعالية بعض مضادات القلق مثل الألبرازولام ALPRAZOLAM فى القضاء على أعراض النشاط السمبتاوى الزائد والذكريات الاقتحامية ، ولكنها لا تفيد فى أنماط السلوك التجنبية (فريدمان ١٩٨٨) . ويلعب العلاج التدعيمى دورا رئيسيا فى تخفيف السلوك التجنبى وتبلد الاستجابة العام . وفى العديد من الحالات لا يتمكن المريض من المشاركة فى العلاج النفسى بصورة كاملة إلا بعد تحسن الإثارة والذكريات .

ويشجع المعالج المريض على وصف الصدمة بالتفصيل ، وما يرتبط بها من انفعالات مثل شعوره بالذنب ؛ لأنه نجا من الحادث بينما مات بسببه آخرون . وقد لا يُطلع المرضى الذين تعرضوا لصدمة عنيفة بصورة غير عادية غيرهم على تفاصيل الحادث كلها أبدا . وقد يضطر ضحايا الاعتداء الجنسى أو الجرائم إلى السكوت لتهديدهم بواسطة الجانى . وتعاود المريض مشاعر الذعر أثناء روايته لتلك التفاصيل لأول مرة (ليستر ١٩٨٢) . لذلك ، على المعالج القيام بتدعيم المريض بصورة متسقة . ويعد مجرد سرد تفاصيل الحادث لأول مرة بدون أن يؤدى ذلك إلى كارثة خبرة انفعالية تصحيحية فى حد ذاتها بالنسبة إلى المريض .

وعلى المعالج التحلى بالصبر وعدم دفع المريض لرواية تفاصيل كثيرة قبل الأوان . ويصاحب الحديث عن الصدمة الشعور بالخزى أو الذنب بالإضافة إلى القلق ، ويقوم المعالج بمساعدة المريض على رؤية هذه المشاعر من منظور صحيح . وكثيرا ما يستفيد المريض من تعليقات المعالج الخاصة بمزايا التخلى عن الصمت وإتاحة الفرصة للأحداث حتى تأخذ حجمها الواقعى .

وقد تؤدى رواية الصدمة لأول مرة إلى نجاح مذهل ، ولكن ذلك لا يحدث فى معظم الحالات (أوكبرج ١٩٩١) . وعلى المعالج الاستماع للقصة مرات ومرات ؛ لأن التكرار عنصر ضرورى لعملية التعامل مع الاضطراب على المدى البعيد ، كما عليه التعامل أيضا مع تدنى روح المريض المعنوية وضعف احترامه لذاته والاكتئاب . ومن الوسائل الضرورية فى هذه الحالات : التطمين ، والتوعية ، والتفاؤل الواقعى .

اضطراب الوسواس القهرى

يعتبر اضطراب الوسواس القهرى أصعب اضطرابات القلق علاجا بالوسائل التدعيمية ؛ إذ يحتاج فى العادة إلى اللجوء إلى الأدوية والفنيات السلوكية

للسيطرة على الوساوس والأفعال القسرية . وبالرغم من كل ذلك لا تزول أعراضه بل تخف حدتها ويقل ما تسببه من اضطراب فى حياة المريض اليومية . ويساعد العلاج التدعيمى المريض على التوافق مع ما يعانيه من عجز مع ما يصحبه من اكتئاب وقلق . وينسب أحد الخبراء الاكتئاب والقلق المصاحبين للوسواس إلى العجز الناتج عنه فى خمسين فى المائة من الحالات (رابوبورت ١٩٨٨) . كما يستطيع المعالج توفير مناخ يساعد على نجاح الأدوية أو الفنيات السلوكية وتشجيع التعبير عن الانفعال فى الوقت نفسه .

وكثيرا ما يتجاهل مرضى الوسواس أو المصابين باضطرابات وسواسية مشاعرهم أو يتعمدون قمعها . فقال مريض ، على سبيل المثال ، لمعالج أنه قرر منذ أن كان فى المرحلة الثانوية تجنب الانفعال أيا كان . وعلى المعالج بعد استتباب التحالف العلاجى أن يسعى حثيثا إلى تحديد بعض المشاعر عند ظهورها أثناء الجلسات ، كما عليه أن يعزز أى انفعال تلقائى فور ظهوره . كما عليه تجنب الاسترسال عند شرح العلاج والانتباه بشكل خاص إلى الانفعالات المصاحبة لكلام المريض بدلاً من كلماته (سويس ١٩٧٢) . وقد يكلف المعالج المريض بالقيام بتمارين التخيل حتى يحرر قدرته على الاعتراف لنفسه بمشاعره ويطلق للتعبير عنها العنان (روجسيفيتز ١٩٩٠) . فكان أحد المحامين يشكو من عدم الانفعال ، فقام المعالج بتشجيعه على التخيل بواسطة سلسلة من تمارين التخيل النشطة مثل : تخيل أنك فى أحد المروج أو أنك تصعد على جبل .... إلخ . وأدى اعترافه لنفسه بانفعالاته وتعبيره عنها نتيجة لذاك الاعتراف إلى تحسن حالته بدرجة كبيرة .

ومن ضمن الفنيات السلوكية المفيدة ، التعرض للمشكلات على الطبيعة وكف الاستجابة وتخيل التعرض للمشكلة فى الخيال (ستيكتى وآخرون ١٩٨٦) . ويعتبر وقف التفكير ، حيث يتعلم المريض أن يقول «قف» ويعيد توجيه أفكاره الوسواسية ، أحد العلاجات الرئيسية لمرض الوسواس القهرى . ونحيل القارئ المهتم إلى مراجع العلاج السلوكى للاستزادة .

ملخص :

يحتوى الجدول (٩ - ٢) على الوسائل العلاجية المختلفة المستعملة فى علاج اضطرابات القلق والذى يتضح منه مدى تداخل هذه الوسائل مع بعضها ، وأن معظمها لا يستخدم بمفرده .

جدول (٩ - ٢) وسائل علاج زملات القلق المختلفة

الاضطراب	الفنيات العلاجية
الرهاب البسيط .	- مناقشة المخاوف . - التشجيع على مواجهة مثيرات المخاوف . - إبطال الحساسية .
اضطراب الهلع المصحوب ، أو غير المصحوب ، برهاب الأماكن الفسيحة .	- الفحص الطبى الشامل . - تخفيف استهلاك الكافيين والمنبهات . - الأدوية . - الفنيات السلوكية . - تشجيع تعريض الذات للمواقف المختلفة . - تحويل المريض إلى جماعات العون الذاتى . - الجلسات الأسرية . - علاج الاضطرابات المصاحبة . - تيسير حضور الجلسات التنشيطية .
تسارع التنفس .	- تجربة كيس الورق .
اضطراب الانعصاب التالى على الصدمات .	- تشجيع وصف الصدمة والحديث عنها .
اضطراب الوسواس القهرى .	- تأييد وتشجيع إظهار المشاعر وتجنب الشروح العقلانية المتفلسفة .

الفصل العاشر

المرضى ذوو التشخيص الثنائى

DUAL DIAGNOSIS PATIENTS

كلمة تشخيص (DIAGNOSIS) مشتقة من اللغة اليونانية من خلال DIA = والمعرفة = GNOSIS ومعناه المعرفة من خلال المظاهر . لذلك ، من النادر أن يظل التشخيص ثابتا أو لا يتغير أو واحدا فقط . ويحتاج التشخيص الكامل إلى معرفة المريض معرفة جيدة بالمريض ، مع ما فى تاريخ حياة أى إنسان من ثراء وتعقيد وصعوبات . ولا يلتزم العلاج التدعيمى بنظرية معينة كما قلنا من قبل ، كما لا يرتبط أيضا بتشخيصات معينة أو يطبق الفنيات نفسها على كل مريض طول الوقت . فالعلاج التدعيمى هو فن الانتباه لكل العوامل المهمة المتفاعلة مع بعضها مع استخدام المرونة الشديدة فى تعديل الفنيات وفيما ينبغى على المعالج أن يركز عليه حتى يحسن التعامل مع الخصائص التى ينفرد بها كل مريض وتشخيصات حالاته المختلفة .

ونجد أن كثيرا من المرضى الذين يناسبهم العلاج التدعيمى يعانون من اضطرابين أو أكثر فى الوقت نفسه .

ولقد اتضح من الدراسة الوبائية للمنظمة الصحية التى شملت ما يزيد على ٢٠,٠٠٠ شخص أن نسبة حدوث سوء استخدام المخدرات أو المسكرات بين المصابين بالاضطرابات العقلية ٢٨,٩٪ من ضمنها ٢٢٪ مدمنى خمر و١٥٪ مدمنى مواد أخرى ، مع وجود تداخل شديد بين الفئتين . أما نسبة المدمنين بين نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية فقد بلغت ٣٩,٦٪ (رجير وآخرون ١٩٩٠) .

ويسىء ٤٠ - ٥٠٪ من مرضى الفصام استخدام المسكرات أو المخدرات ، كما أن المصابين باضطرابات الوجدان يسيئون استعمالها فى أحوال كثيرة للتخفيف من حدة نوبات الهوس أو كمحاولة لعلاج أنفسهم بأنفسهم من

نوبات الاكـتئـاب . ويدخل مـرضى القلق والاضطرابات الأخـرى فى حلقـة مفرغة من اسـتخدام الخمر لتخفـيف القلق ، والذى يودى بدوره إلى الضغوط النفسية ومشاكل فى العلاقـات بالغير واضطراب النشاط اليومى والكيانات التى تدعم المريض بصـفـة عـامـة ، فـينتج عن كل ذلك المزيد مـن القلق وتدهور المعنويات ، وهلم جرا .

ويحتاج وجود التـشخيص الثنائى إلى إجراء تغييرات رئيـسية على الفنيات والجوانب التى يركز عليها المعالج أو على توقيت استعمال التدخلات المختلفة . وسنتناول تلك العوامل بالتـفصيل سواء فيـما يتعلق بسوء استـخدام المخدرات والمسكرات المصـاحب للفـصـام ولاضطرابات الوجـدان واضطرابات القلق أو الحالات التى تعانى من التخلف العقلى المصحوب بمرض نفسى جسيم .

سوء استخدام المواد والمرض العقلى المزمن

يستند نجاح العلاج المعتاد لإدمان الخـمر أو المخدرات على المواجهة ؛ إذ ينبغى للمتعاطين - وفق هذا النموذج العلاجى - التغلب على الإنكار ومواجهة التعاطى ونتائجه بصـورة كاملة . وتستعين جماعـة المدمن المجهول / ALCOHOLICL NARCOTIC ANONYMOUS بمداخل العـلاج الجمـعى وبالمواجـهة كـأداة علاجـية رئيسـية . وهناك برامج علاجـية عديدة تقلل من أهمـية دور الأدوية وتطبيق النموذج الطبى فى العلاج أو تنتقدهما بصراحة .

وبالرغم من فوائد هذا المدخل فى الحالات التى تعـانى من الإدمان فقط ، فإن للمواجهة عيوبًا لا يستهان بهـا عنـد استخدامها مع المدمنين الذين يعانون من الاضطرابات النفسيـة ، ولاسيما حالات الفصام المزمنة وحـالات الاكتئاب المعروفة بحساسيتها للرفض واضطرابات الشخصية ، بل إن المواجهة العنيفة قد تضـر المصابين بالأمـراض العقلـية المزمنة (شـياكـا ١٩٨٧) ؛ إذ يفسـر هؤلاء

المواجـهة على أنهـا نوع من أنواع الرفض أو النبذ أو أنهـا تعنى فـرض مهـمة مستحيلة عليهم أو أنها دليل آخر على فشلهم وعدم كفاءتهم .

حالة

مريضة عمرها ٣٤ عاما ، يعود تاريـخ إصابتها بالاكتئاب إلى خمس سنوات مضت ، تشكو من الحزن ونقد الذات والحساسية للرفض ومن الخجل الشديد والأرق والأفكار الانتحارية ومشاعر اليأس والبؤس . وكانت تفرط فى شرب النبيذ يوميا خلال السنتين الماضيتين . ولم يؤد العلاج المعرفى أو مضادات الاكتئاب أو استعراض يومياتهـا الخاصة بتعاطيها الخمر أو العلاج الأسرى إلى تحسن مستمر فى الاكتئاب أو تعاطيها الخمر . وأخيرا ، وبعد شهور عديدة من الإعـداد والتحذير ، استخدم المعالج المواجـهة التى شعر بأنها تناسب علاج إدمانها الخمر . فبـيّن لها بأنها إذا لم تحضر اجتماعات المدمن المجهول فإنه لن يتمكن من مساعدتها ولن يستمر فى علاجها .

شعرت المـريضة بعد المواجهـة بالضيق الشديد واندفعت خـارجة من العيادة . وخلال الأسابيع التالية ازداد استـهلاكها اليومى من الخمر ، كما عاودتها نوبة من الاكتئاب . ولم تعد المريضة للعلاج إلا بعد أربعة شهور دخلت فى أثناءها المستشفى للعلاج من مضاعفات إدمانها الخمر .

وقد نتساءل بعد قراءة الحالة ما إذا كـان المعالج قد بالغ فى تقدير جوانب التحالف العلاجى الإيجابية عند اندفاعه إلى التسرع فى مواجهة المريضة . كما قد نقول ، من جهة أخرى ، إنه أخذ على عاتقه مهمة مستـحيلة عندما استعمل العلاج الفردى مع مريضة كانت بحاجة إلى عـلاج جمعى يتناول مشكلتها مع الخـمر فى الوقت نفسه . ولا مانع من استعمال العلاج الفردى ، من وجهة نظرنا ، لتحضير المدمن لبدء العلاج الجمعى بدلا من اعتبار العلاج الجمعى من ضمن شروط العلاج المسبقة . وفى مثل هذه الأحوال ، يجب على المعالج تقيـيم نتائج العلاج الفردى لمعرفة ما إذا كان المريض يستغله للتهرب من وسائل أخرى أكثر فعالية .

سوء استخدام الخمر أو المخدرات والفصام

ترتفع نسبة إدمـان الخمر أو المخدرات أو كليهما بين مـرضى الفصام الذين يعالجون فى مؤسسات القطاع العام بصورة خاصـة . فتبلغ نسبة من يستخدمون المخدرات من مرضى الفـصام المزمن على إطلاقهم ٤٠٪ ، بينما تبلغ نسبتهم بين صغار السن من مـرضى الفصام ٥٠٪ أو أكثر (تست وآخرون ١٩٨٥) . ولقـد بينت الدراسة الوبـائية التى سـبق لنا ذكـرها أن نسبـة سوء اسـتخـدام المخدرات أو الخمر فى الفصام تصل إلى ٤٧٪ (رجير وآخرون ١٩٩٠) .

ويؤدى سوء استخدام تلك المواد إلى ظهـور الفصام فى سن مبكرة ، كما يسبب الانتكاس والعودة إلى دخول المستشفى فى حالات الفصام المتعافية (تيرنر وتسوانج ١٩٩٠ ، كما أن استعمالهـا يضعف الاستجابة للأدوية النفسية (باورز وآخرون ١٩٩٠) ، ويؤثر على المسار تأثيرا سـيئا (ديكسون وآخرون ١٩٩١) . وبالرغم من أن المسكرات والمخـدرات تسـبب انتكاس الأعـراض الذهانية فـإن بعض المرضى يشـعر بتـحسن عـابر فى أعـراض القلق والاكتـئاب (ديكسـون وآخرون ١٩٩٠) .

إن تفسير نتائج الدراسة الوبائية مـازال مستمرا . ومع ذلك يتضح أن سوء استـخدام المسكرات أو المخدرات يجـعل من تشخيـص وعلاج وتأهيل المرضى مهمة أصعب ، سواء كان سوء الاستـخدام هو السبب فى إزمان الفصام أو نتيجة للمرض نفسه ، أو ظاهرة مصاحبة أدى إليها نفس الاستعداد النفسى البيولوجى الذى نتجت عنه الإصابة بالفصام (براون وآخرون ١٩٨٨) .

ويستجيب مرضى الفصام بشكل خاص للمواجهة بزيادة القلق والانسحاب الوجدانى أو انتكاس الأعراض الـذهانية . ويحدث فى مرات كثـيرة أن يضيع مريض الفصـام المزمن بين المؤسسات العلاجـية المختلفة . فـترفضه مـؤسسات علاج الإدمان لإصابتـه بمرض عقلى ، كما لا تتولاه مؤسـسات الطب النفسى بالصورة المطلوبة لمطالبتها له بالإقلاع أولا .

ومن حسن الحظ ظهور برامج علاجية جديدة صممت خصيصا من أجل المصابين بالمرض العقلى والإدمان أو ما يسمى ببرامج «المشكلة المزدوجة» (كولدويل ووايت ١٩٩١) . وننصح بتحويل هؤلاء إلى هذه الجهات إذا ما توفرت. ونكتفى ، هنا ، بالتعليق على دور العلاج الفردى الذى قد يكون العلاج النفسى الوحيد المتاح لمن يرفضون التحويل أو لمن لا يتحملون العلاج الجمعى . وعلى المعالج التدعيمى التحلى بالصبر وضبط النفس والامتناع عن التسرع فى المواجهة . ويتصف المدخل المتبع مع هذا النوع من الحالات بالجمع بين التدعيم والتوعية بأضرار ومشكلات الخمر والمخدرات .

ويبدأ المعالج فى التعامل مع الإدمان من الجلسة الأولى أو بمجرد معرفته للمشكلة ، وإن كان على هذا التعامل أن يتخذ صورة طبيعية كأن يكون جزءاً من السؤال عن تاريخ حياة المريض . وينبغى سؤال أى مريض حتى فى حالة عدم الشك فى كونه مدمنا عما إذا كان يتناول تلك المواد وطريقة استعمالها وما إذا كان فى أسرته من يدمنها . ويتم ذلك بطريقة ودّية أو منظمة باستعمال واحد أو أكثر من الاستبيانات الكثيرة الخاصة بالإدمان . ولا يحتاج المريض أثناء هذه المرحلة إلى الاعتراف بأبعاد مشكلة الإدمان وآثارها على مرضه العقلى ، إذ إن مجرد ذكر الموضوع يشكل بداية طيبة يستطيع المعالج تطويرها مع استتباب التحالف العلاجى ومع معرفة المعالج للمزيد عن حياة المريض .

والإقلاع هو الهدف البعيد ، ولكنه ليس شرطا لبداية العلاج النفسى . وذلك لتوفر أدلة مقنعة تشير بأن العلاج النفسى على مستوى العيادة الخارجية دون إقلاع يزيد من فرص الإقلاع فى نهاية الأمر حتى لو حدث ذلك أثناء دورة أخرى من العلاج فى المستقبل (كوغورد وآخرون ١٩٨٦) .

وتضاف العناصر التثقيفية فى الوقت المناسب . فيقوم المعالج مثلا عند بداية أو تغيير الدواء بذكر التفاعلات السلبية والضارة التى تنتج من استعمال المسكرات أو المخدرات مع الأدوية النفسية فى الوقت نفسه . ويقوم أيضا عند

حدوث مثل هذه التفاعلات بمناقشة دور المخدرات فى إحداث أعراض معينة أو فى إحداث الأرق أو صعوبة التركيز أو دورها فى التعجيل بدخوله المستشفى . إن هذا المنهج التشقيفى يتيح لبعض المرضى فرصة التركيز على تلك القضايا بصورة موضوعية فى وقت تبدو فيه المناقشات الشخصية تهديدا بالنسبة إليه . وقد يستعين المعالج بحالات المشاهير الذين أصيبوا بالإدمان وتعافوا كوسيلة لتحويل انتباه المريض عن شخصه .

ويشعر المريض مع توالى العلاج بالاطمئنان إلى أن أحدا لن ينتقده أو ينبذه أو ييأس من علاجه . وبذلك ، ينشأ مناخ المكاشفة بموضوعات الإدمان وما يستتبعه من زيادة فى الأمان واتباع للصراحة فى التواصل . وفى هذه الحالة يصبح تحويل المريض إلى جماعة المدمن المجهول مسألة طبيعية ويتمكن المعالج من التعامل مع الإدمان بصورة أشمل أثناء جلسات العلاج التدعيمى .

وهنا ، يبدأ المعالج فى استخدام تدخلات مبنية على التصور الدينامى للإدمان بالإضافة إلى التشجيع والتوعية . وتزودنا المسميات التى يستخدمها المدمنون (مثل : تراب الملائكة أو العشبة المجنونة أو المدهش التى تطلق على مخدر الفنسيكليدين) بمؤشرات عن معنى المخدر بالنسبة إليهم ، بالرغم من اختلاف مضمونها اللفظى عن مضمونها الانفعالى . فالمريض الذى يتعاطى «المدهش» يبحث عن نشوة خفيفة ، بينما يسعى من يستعمل ما يسميه بالعشبة المجنونة إلى المرور بخبرة ذهانية . ويستخدم مرضى عديدون مسميات مختلفة لنفس المخدر . ويتيح هذا السلوك اللفظى للمعالج فرصة ملاحظة تناقض تعبيرات المريض ، ولفت نظره إلى هذا التناقض (تراب الملائكة والعشبة المجنونة عند تسمية نفس المخدر) الذى لا يعى المريض منه سوى الانفعالات الإيجابية نحو المخدر ، ثم يقوم بتعزيز ازدواجية المشاعر باستخدام مسميات سلبية فقط أو المصطلحات العلمية للإشارة إلى المخدر بدلا من المسميات الإيجابية ، كأن يسمى الفنسيكليدين باسمه بدلا من «المدهش» .

وبمجرد استقرار العلاقة العلاجية ، تظهر عادة فرص إضافية للتفسير والتدخل . ويتعامل معها المعالج بنفس الطريقة التى يستعملها عند تعامله مع التفسير ، أثناء استخدامه للعلاج التدعيمى مع مرضى الفصام . والهدف من التفسير ، خدمة العملية العلاجية وليس إظهار خبرة المعالج أو استبصاره . ومن الأمور المهمة معرفة أوقات وأماكن ورفاق التعاطى ؛ لأن على المعالج مساعدة مريض الفصام المحدود المهارات الاجتماعية على التوصل إلى متنفسات اجتماعية بعيدة عن التعاطى فضلا عن تزويده بمبررات قوية لا تقبل التفنيد لاستخدامها عند مجابهة رفاق التعاطى .

وفى الجدول التالى مدخل العلاج التدعيمى لمرضى الفصام المدمنين .

جدول (١٠ - ١) المدخل التدعيمى لعلاج مرضى الفصام المدمنين

اسأل عن استعمال الخمر أو المخدرات أثناء تدوينك لتاريخ الحالة فى الجلسة الأولى .
انتبه للإدمان ومشكلاته حتى فى الحالات التى تعافت منذ مدة طويلة .
تقبل عدم الإقلاع فى البداية على الأقل .
حاول أن تستخدم توعية لا تؤدى إلى مواجهة مباشرة مع المريض .
تعمد الإشارة إلى فنيات علاجية أخرى بعد وثوق المريض فيك .
عزز الجوانب المفيدة من ازدواج مشاعر المريض .

الإدمان واضطرابات الوجدان

اتضح من الدراسات الوبائية أن نسبة الإدمان فى مرضى اضطراب الوجدان تبلغ ٣٢٪ (رجير وآخرون ١٩٩٠) . وكانت النسبة تختلف حسب نوع الاضطراب . فنجدها ٦٠,٧٪ فى حالات القطبية الثنائية ، أو ما يعادل ضعف نسبة انتشار الاكتئاب الأحادى القطبية .

اضطراب القطبيـة الثنائيـة : يمثل تعـاطى الخـمر أو المخـدرات فى هذا الاضطراب محاولة علاج ذاتى ؛ إذ تستـخدم الخمر أو المخدرات لعلاج نوبات الهوس أو الهـوس الخفيف . . ووصـفت مراجع التحليل النفـسى الإدمان بأنه بديل للهوس فى اضطراب القطبية الثنائية منذ سنة ١٩٢٨ (رادو ١٩٢٨) . كما يستخدم المكتئبون مواد ممنوعة متنوعة لعلاج أعراضهم .

حالة

مهندس سابق يبلغ من العمر ٥٠ سنة ، تقاعـد لأسباب صحية منذ عدة سنوات لإصابته بالفصام الضلالى PARANOID SCHIZOPHRENIA . عولج فى العـيادة لإفراطه فى شرب الخـمر بواسطة العلاج التدعـيمى مع استمراره فى اسـتعمال المهدئات العظمى . ازداد استهلاكـه للخمر بعد ٣ شهور من العلاج . وظهر عليـه تدفق الكلام الشديد وزيادة الحركة وتبذير النقود وعلامـات الهوس الأخرى المعروفة . فتـغير تشخيصـه إلى القطبية الثنائية ، وعولج بأقراص الليثيام مع توعيته بأضرار ومشكلات الخمر التى كانت فى واقع الأمـر علاجا ذاتيا لأعـراض الهوس المبكرة . واستـجاب للعلاج بصورة جيدة كما أقلع عن الخمر واختفت أعراض الهوس الحادة . وخلال سنـوات متابعـته التى اسـتمـرت أربعة عـشر عـاما كانـت عودته للتعاطى نذيرا ببداية نوبة هوس جديدة .

ويستـحسن تأجـيل مواجـهة مـرضى القطبيـة الثنائيـة إلى حين استـقرار انفعـالاتهم ؛ لذلك على المعالج تحـمل عدم الإقـلاع والتركيـز على التوعـية وتشجيع نمو ثقة المريض فيه قبل التعامل مع الإدمان بصورة كاملة .

الاكتئاب الجسيم : يلعب الإدمان دورا معقدا فى حالات الاكتئاب الجسيم ؛ إذ يمثل التعاطى مـحاولة علاج ذاتى وتخفيـفًا للانفعالات المؤلمة مثل الاكـتئاب وعسر المزاج المرتبطة بحـالات مرضية أخرى (كـانتازيان ١٩٨٥) . وفى مرات أخرى ، ينتج الاكـتئاب من استـخدام المسكرات أو المخدرات (مـثل الكوكايين

مثلا) بصورة مزمنة . وبالرغم من عدم وجود قواعد ثابتة واختلاف الكلينيكيين حول العـلاج ، نستطـيع التوصل إلى أيهـما أدى إلى الآخـر ، الاكتـئاب أو الإدمان ، من دراسـة نمط العاطى . فـقد اتضح مـثلا أن الإفراط فـى تعاطى الخمـر من سن مبكرة (قـبل ٢٠ سنة) يرتبط بارتفـاع نسبة الإصـابة باضطراب القطبية الثنائية واضطرابات الهلع (روى وآخرون ١٩٩١) . كـما يدل استعمال جرعة ثابتـة من مخدر لسنوات طويلة على محاولة علاج الذات ، بينـما تشير زيادة الجرعة بصـورة مطّردة إلى ظهور حلقة مفرغـة من التعاطى المزمن المؤدى للاكتئاب الذى يسبب بدوره زيادة جرعة المخدر وهلم جرا .

حالة

سكرتيرة ، عمرها ٣٨ سنة ، صرحت لمعالجها بأنها تستخدم مركبات الأمفيتامين (منشطات) بصورة يومية منذ أن كانت طالبة عمرها ٢٠ سنة . وكانت الجرعة المستخدمة ثابتة لا تتجاوز قرصين من عيار ٥ مجم يوميا . وبالرغم من أنها كانت تـشكو أساسا من أعراض القلق فإنهـا كانت تعانى فى الوقت نفسه من اكتـئاب شديد كما كانت تستجـيب لأى إحباط بسيط باليأس الشديد .

كان الأمفيتامين فى حالتها ، إذن ، علاجا ذاتيا لأعراض الاكتئاب . واستـجاب مـزاجهـا المنحرف الناتج عن شـعورها بأنهـا منبوذة للـعلاج التدعيمى مع استخدام مثبطات خمـيرة المونوأمين أو كسيديز (بعد إقلاعها عن الأمفيتامينات ببضع أسابيع) .

الخمر واضطرابات القلق

تفيد الدراسات الوبائية بوجـود تزامن بين اضطرابات القلق وسوء استخدام الخمـر فى عـدد كبـير من الحـالات . وتبلغ نسبـة الإدمان بين مـرضى القلق

٢٣,٧٪ ؛ من ضمنهم ١٧,٩٪ يسيئون استخدام الخمر (رجير وآخرون ١٩٩٠) . والعلاقة بين الاثنين معقدة . فتعاطى الخمر يمثل علاجا ذاتيا لأعراض رهاب الأماكن الفسيحة والرهاب الاجتماعى ، بينما ترتبط حالات كثيرة من اضطراب الهلع واضطراب القلق العام بالامتناع عن تعاطى الخمر لأسباب مجهولة (كاشنر وآخرون ١٩٩٠) . وكثيرا ما يؤدى تعاطى الخمر فى حالة اضطرابات القلق إلى دخول المريض حلقة مفرغة تغذى نفسها بنفسها .

ومن أهم مهام العلاج التدعيمى كسر تلك الحلقة . فنعتبر تخفيف أعراض القلق بواسطة استقرار العلاقة العلاجية ، وفنيات الاسترخاء ، واستخدام كيس الورق فى تسارع التنفس ، والأدوية ، وغيرها من التدخلات خطوة أولى فى هذا الاتجاه . كما أن تحديد الانفعالات السلبية والضغوط الاجتماعية والصراعات مع الآخرين التى تؤدى إلى الانتكاس من العناصر المهمة فى برامج الوقاية من الانتكاس (بولارد وآخرون ١٩٩٠) . وتساعد اليوميات الخاصة بنمط التعاطى وبالحالة الانفعالية على توضيح العلاقة بين الاثنين فى ذهن المريض . وينبغى على المعالج إجراء تشخيص فارق لاكتشاف وعلاج أى اكتئاب مصاحب . وقد يكون المريض مستعدا للمواجهة فى مراحل مبكرة من العلاج ، ولكن على المعالج أن يتذكر أن اضطرابات القلق تضعف الروح المعنوية بصورة شديدة وأن التسرع فى المواجهة لا يتغلب على الإنكار ، بقدر ما يؤدى إليه من ازدياد فى انهيار المعنويات وما يستتبع ذلك من عدم مواصلة العلاج .

ونلخص العلاج التدعيمى فى حالات إدمان الخمر المصاحبة لاضطرابات القلق فى الجدول التالى .

جدول (١٠ - ٢) أساليب العلاج التدعيمى فى حالة مرضى اضطراب القلق المدمنين على الخمر

انتبه لاحتمال تعاطى الخمر وإدمانها ومشاكلها .
أجّل المواجهة .

شخّص وعالج اضطراب القلق .

شخّص وعالج أى اكتئاب مصاحب .

اطلب من المريض تدوين انفعالاته ونمط تعاطيه يوميا .

درّبه على الاسترخاء وفنيات تخفيف القلق الأخرى .

حدّد حالات الانفعال القلق التى تؤدى إلى الانتكاس وقم بتحييدها .

التخلف العقلى والمرض النفسى

يتعرض المصابون بالتخلف العقلى للإصـابة بالاضطرابات النفسية والعقلية ، بصفـة خاصة ، لتـدنى مهاراتهم فى المجـابهة وارتفاع نسبـة قصور جـهازهم العصبى المركـزى (إيتون ومينولاشينو ١٩٨٢) . والوصول إلى تشـخيص دقيق فى حالتهم صعب لضعف قدرتهم على التـواصل ؛ ولأن الأدوات التشخيصية المقننة مصممـة أصلا لتشخيص ذوى الذكاء العـادى (كامبل ومالون ١٩٩١) . ويميل الأطباء بصـورة عامة إلى زيادة تـشخيص الذهان (الفـصام ومشـابهاته) والتقليل مـن تشخيص اضطرابات الوجـدان فى هذه المجمـوعة من المرضى . فالمتخلف العقلى مـهيأ للإصابة بالاكتئاب بسبب ضعـف مهارته فى المجابهة ، فضلا عن شعوره بالخسارة بسبب كـثرة تقلب من يتولون رعايته والضغوط التى يتعرض لها من عالم يبدو فى نظره محيرا وغير متفق مع نموه . وكثيرا ما يغفل الممارسـون خطر انتحـار هؤلاء ، بالرغم من تمكنهم من الإقدام عليـه بصورة كاملة (باركر ١٩٩٠) .

ويتعرض المصابون بالضعف العقلى ، بالإضافة إلى الاضطراب النفسى أو العقلى إلى الرفض أو «الزحلقة» بواسطة المـؤسستين المعنيتين ؛ أى مستـشفيات الطب النفسى ومؤسسات رعاية ضعاف العقول (بوشز ١٩٨٧) .

ولا ينبغى أن يخلط المعالج بين التخلف العقلى وبين اللامبالاة النفسية التامة أو انعدام الاستجابة للعلاج . فالتخلف العقلى كتشخيص لا يمثل ، كما يقول أحد الكلينيكيين ، إلا متوسطا فجا لقدرات المريض العقلية ، وأن علينا وضع أوجه قوته بعين الاعتبار (سترنليكت ١٩٦٥) . إذ يستجيب المصابون بالاضطراب النفسى والذين يعانون فى الوقت نفسه من تخلف عقلى طفيف أو متوسط بصورة جيدة للعلاج التدعيمى (ستافراكاكى وكلارين ١٩٨٦) ولوسائل علاجية أخرى متنوعة من ضمنها التدرب على المهارات الاجتماعية (ماتسون ١٩٨٤) . وقد أجريت بحوث مستفيضة على السلوك التخريبى بصفة خاصة (كامبل ومالون ١٩٩١) ؛ لذلك رأينا أن نختم هذا الفصل بحالة توضيحية كيف أن على المعالج ألا يتخوف من علاج المرضى الذى يعانون من هذا النوع من حالات .

حالة

مريض ٢٥ سنة ، طُرد من برنامج رعاية تخلف عقلى نهارى بسبب نوبات سلوكه العنيف . ولم يكن المريض قادرا على تبرير تلك النوبات . واتضح من الفحص النفسى أن أباه توفى مؤخرا ، وأنه مضطر للنوم مع شقيقته الصغرى فى غرفة واحدة بسبب ظروفه المادية .

وركز المعالج أثناء العلاج التدعيمى على الفجيعة الناتجة عن وفاة الأب وقيام المريض بتحديد الانفعالات المؤدية للعنف فى مرحلة مبكرة . ومن خلال جلسات مع الأسرة تمكن المعالج من إقناعه بتغيير مكان نومه . وتحسن المريض بعد عدة شهور وقَبِله البرنامج النهارى مرة أخرى . وتحسن تقديره لذاته بصورة كبيرة ، وقلت نوبات العنف ولم تتكرر إلا على فترات بعيدة وبصورة أخف لمدة بضع سنوات .

الفصل الحادى عشر

اضطرابات الشخصية

سنقوم فى هذا الفصل بوصف طرق تناول العلاج التدعيمى لكل أنواع اضطرابات الشخصية ، وسنفصل القول بالنسبة إلى اضطرابى الشخصية الهستيرية والبينية .

تمخضت دراسة اضطرابات الشخصية عن كم هائل من الحقائق والنظريات ، دون التوصل إلا إلى عدد قليل من النتائج الثابتة . وينتهى من يستعرض المراجع العديدة الخاصة بالموضوع إلى ضرورة استخدام العلاج التدعيمى أولا فى حالات كثيرة منها ، بل إن من يستفيدون من التحليل النفسى أو العلاج الدينامى منهم يحتاجون فى أحيان كثيرة إلى عناصر تدعيمية .

ويهدف علاج اضطرابات الشخصية بالأسلوب التدعيمى إلى تصحيح السلوك المضطرب ؛ إذ ينبغى رفع كفاءة مهارات المرضى فى المجابهة التى عادة ما تكون متدنية وتخفيف اتجاههم للوم الآخرين واستغلالهم . فعلى بعض المرضى التخلى عن شعورهم غير الواقعى بأنهم يستحقون أفضل مما هم عليه بكثير ، كما ينبغى حث آخرين على التغلب على العوائق التى تحول دون حصولهم على ما يستحقونه . ويحتاج غيرهم إلى التقليل من نقدهم لذاتهم وتخفيض استدماجهم للوم كما يتطلب الأمر بالنسبة إلى آخرين استخدام الموضوعية والكف عن استخدام الإسقاط . ويتم تحديد وتنفيذ تلك الأهداف من خلال العلاقة العلاجية وتفصيل أسلوب العلاج بحيث يتفق مع خصائص المريض .

ونود بهذه المناسبة تنبيه المعالج إلى بعض النقاط . فعليه مثلا أن يعطى نفسه الوقت الكافى لدراسة تاريخ المريض قبل الانتهاء إلى أنه مصاب باضطراب فى الشخصية . كما أنه قد يلجأ للأدوية ، بالإضافة إلى العلاج الأسرى والجمعى ؛ إذ قد لا يكون العلاج الفردى هو الأسلوب الأمثل .

وإذا كان العلاج الفـردى هو الأسلوب الموصوف فيفضل اسـتخدام العلاج التدعيمى على الوسائل الدينامـية . ويرى بيرى وفيلانت (١٩٨٩) أن المصابين باضطراب الشخصية يكوّنون على مدار سنوات حياتهم نمطا متوازنا من الدفاعات المتوافقة ، كما يستجيبون لأى محاولة لاختراقها بالقلق والاكتئاب . ويستفيد هؤلاء فى العادة من الدعم الاجتماعى وإحلال دفـاعات بديلة مكان الدفاعات القائمة . كما يستخدم العلاج التدعيـمى مع أصحاب القدرات المتدنية والخصائص الأخرى التى وصفناهـا فى الفصل الثالث . من ثم ، يتطـلب الأمر عادة التـعامل مع مريض هش ، سـبق له دخول المستشـفى أو حاول الانتحار عـدة مرات أو قام بتشويه أجزاء من جـسمه ، وكثير الشجـار مع أسرته . والهدف الملح فى مثل هذه الأحوال هو المحافظـة على الأداء الراهن والحيلولة دون المزيد من النكوص . ويحتاج المريض الذى يعانى من فصام مصاحب أو الذى يمر بأزمة طبية جسمية حادة إلى التـدعيم وليس الاستكشـاف . وعلى المعالج تحـويل المريض للعلاج الدينامى عند إحساسه بأنه قد يستفيد منه . ويستحسن ، بصفة عامة ، أن نبدأ بالتدعيم ؛ لأن الوسيلة الوحيدة المضـمونة هى عدم الانخداع فى ما يظهر على المريض من استقرار فى البداية .

الشخصيات المسرحية والانفعالية والمتقلبة

تشمل هذه الفئة اضطرابات الشخصية البينية والنرجسية والهسترية والمضادة للمجـتمع التى تتـصف بالتشـويه المعرفى (بدرجات مـتبايـنة) وعدم استـقرار الانفعال والاندفاعية أو العدوانية .

الشخصية البينية

يعتـبر عدد كبيـر من المعالجين الإشراف على مـريض يعانى من اضطراب الشخصية البـينية مصيبة كبرى ! لكثرة شـعور هؤلاء المرضى بالغضب والجدارة

وكثـرة طلباتهم . وكثيـرا ما يفرضـون أنفسهم على المعـالج بين الجلسات عن طريق الهاتف أو بحضورهم شخصيا إلـيه ، كما تحاول المريضات غواية المعالج ، فضلا عن ما يخلقونه فى نفس المعالـج من مشكلات طرحت مقابل تدفعه إلى الإكثار من مراجعة نفسه ، وإلحاحهم على إدخالهم المستشفى دون مبرر طبى . ويولد الأشخاص البينيون الاحتكاك بين أعضاء الفريق المعالج باستخدامهم لآلية الانشقـاق . فنجدهم يتـذبذبون بين عبـارات الشكر المعسول والـسب الصريح للمعالج ، كما أن مسار مرضهم حلزونى متدهور . ولاشك فى أن العمل مع هؤلاء ليس مصـدرا للسعادة ، ولكن تحقـيق النجاح المحدود قـد يمكن المعالج المتفانى من مواصلة علاجهم .

يرى ستـون (١٩٨٧) أن محكات الدليل التـشخيـصى الإحصـائى الثالث المُراجَع المستخدمة فى تـشخيص الشخصية البينية مـزيج من المفاهيم السابقة ، ويحتاج إلى توفـر ٥ خصائص من ٨ . ويعتبر الاندفـاع واضطراب الإحساس بالهوية من الشروط التى ينبغى توفرها ، بالرغم من صعوبة العثور على مرضى يستوفـون الشروط الستة الأخرى والتـى تشمل : عدم الاستقـرار الانفعالى ، والغضب ، والسلوك الانـتحارى ، والشـعور بالخواء والملل ، ومـحاولة تجنب تخلى الآخرين عنه . وأسـباب هذا الاضطراب مثار جـدل وغير معـروفة تماما حتى الآن . وتشيـر الديناميات النمائية لعدد كـبير من الشخصيـات البينية إلى عدم ثبات مـفهومهـا عن ذاتها مما يؤدى إلى نمط سلوكى متهـور ولاعقلانى . ويتخذ البعض من تحسن جزء منهم باستخدام مضادات الذهان دليلا على وجود اضطراب أساسى فى التفكير ، بينما تشير الاستجابة لمضادات الاكتئاب والليثيام واكتشاف انخفاض تركيز مشتقـات الموصلات العصبية مثل حامض هيدروكسى إيندول لدى من يتـصفون بـالاندفاع والعدوانـية أو محـاولة الانتحـار (سيـفر ١٩٨٠) والتـاريخ الطويل لإصابتـهم بالاكتـئاب يشـير كل ذلك إلـى أن عدم استـقرار الانفـعال قد يكون سـبب عدم اسـتتبـاب مفهـوم المريض عن ذاته . ويشـمل «عـسـر المزاج تحت الوجـدانى» الذى وصـفه أكـيـسكول عـددا من

الشخصيات البينية ، الأمر الذى يوحى بأنها تندرج تحت فئة اضطرابات الوجدان (أكيسكول ١٩٨١) .

وسيستمر الجدل حول الأسباب ، ولكن الذى لا شك فيه هو أن هناك تفاعلا بين العوامل المختلفة السابقة . فمرضى اضطراب الشخصية البينية يقومون بتفعيل رغباتهم اللاشعورية مثلا بطرق مدمرة للذات ولكنهم يستطيعون ، مع ذلك ، سرد تفاصيل سلوكهم هذا بأسلوب منطقى سليم مرجعين تصرفاتهم بهدوء إلى نقد عابر لهم أو إلى شعورهم بالنبذ أو لإحساسهم بالحط من شأنهم . ويبرز فى هذا النوع من الشخصيات البينية الطابع الوجدانى . وإذا تذكرنا المثال الذى وصفناه فى الفصل الرابع عن الشخص الذى يبرر أفعاله بأنها نتيجة إيحاء تالٍ على التنويم ، قد نخلص إلى أن الدفاع اللاعقلانى الصريح لا يؤدى فى كلِّ الأحوال إلى فعل لاعقلانى .

ويستطيع المعالج من **المنظور الانفعالى** تثبيت تقلبات الانفعال التى تنقل المريض من الجذل والنشوة إلى اليأس والقنوط . ويتم ذلك بواسطة استخدام فنيات توضيحية وتوجيهية . وتشمل الفنيات التوضيحية توضيح تاريخ التذبذب الانفعالى ، والقيام مع المريض باستكشاف نوعين من مخاوف القرب من الآخرين : خوفه من أن يتخلى الشخص الآخر عنه وخوفه من أن يسيطر عليه من جهة أخرى (ميلجز وشوارتز ١٩٨٩) .

وتشمل فنيات التوجيه ، وضع الحدود لتجاوزات المريض بإبرام تعاقد علاجى فى البداية والالتزام به طيلة مدة العلاج . ويؤكد سيلتزر وآخرون (١٩٨٧) أهمية وضع معايير علاجية تضمن سلامة العلاج من البداية . ومن ضمن أمثلتهم على ذلك ، قول مريض بضرورة عودته للمدرسة حتى تنفق أسرته على العلاج . ويتقبل المعالج هذا النوع من إسقاط المسئولية على الأسرة مؤقتا بل ويجعله من شروط استمرار العلاج . وبالرغم مما فى هذا الأسلوب من اجتهاد من جانب المعالج إلا أنه يستطيع تفسيره فى مرحلة لاحقة إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك .

ويمكّن التعاقد العلاجى المبدئى المعالج أيضا من مواجهة ما يسقطه المريض على المعالج من تقديس أو تحقير مع تأكيده لضرورة تحمل المريض جزءا من مسئولية العلاج . ويشير سيلتزر وآخرون (١٩٨٧) أيضا إلى أن تقديم التعاقد العلاجى المبدئى للمريض يدفعه إلى حشد أكثر وسائله الدفاعية بدائية - من وجهة نظرنا - فى وقت يكون فيه التحالف العلاجى فى أضعف صوره الأمر الذى يحول دون مواجهتها بالكفاءة التى قد تتم بها المواجهة فى مرحلة لاحقة . لذلك ، يتعين على المعالج الذى يتعامل مع مريض هش قصر شروط العقد على أقل عدد يحتاجه العلاج ويضمن سلامة المعالج وحقوقه فى نفس الوقت ، إذ قد لا يتمكن من مطالبة المريض بالانتظام فى حضور الجلسات أو الإقلاع الكامل عن المخدر فى أول الأمر . وعند التفكير فى إمكانية تخصيص مثل هذه الشروط ، عليه أخذ وسائل علاج بديلة بعين الاعتبار مثل إدخال المريض المستشفى . وإذا كانت أنماط السلوك المدمرة للذات نتيجة للعلاج . فعلى المعالج فرض حظر شامل على ممارستها حتى يستمر العلاج . وعلى أى حال ، فإن مناقشة هذه الموضوعات مع المريض والتوصل إلى اتفاق بالتراضى بين الطرفين أفضل من فرضها عليه من طرف واحد (روكلاند ١٩٩٢) .

وبغض النظر عن قيام المعالج بوضع شروط كثيرة أو قليلة (وهو ما نفضله) فلابد من ظهور مواقف غير متوقعة . فالمريض الذى يتصل بالمعالج فى منتصف الليل بسبب مشكلة بسيطة قد يحتاج إلى تدخل تدعيمى مختصر قبل تأجيل مناقشة المشكلة إلى الجلسة القادمة ، وعند تكرر نفس الفعل من المريض يطلب منه المعالج التأجيل بحسم ، كأن يقول له : «لا أستطيع مساعدتك الآن ولكننى أستطيع القيام بذلك عندما نتقابل فى الجلسة» . إن اتباع هذا الأسلوب بصورة صحيحة لا يسبب الإحباط لتوقعات المريض بل يشكل سلوكه ويعوده على تحمل التأجيل .

ويتم «تعبيد» الانفعالات بمساعدة المريض على السيطرة بصورة أفضل على **عدم استقراره الوجدانى** . فيقوم المعالج بتعزيز احترام المريض لذاته بتوضيح أصول مرضه البيولوجية ، كأن يقول له مثلا إنه يشعر بالكآبة لأن انفعالاته تسيطر عليه . ولتقوية الدفاعات ، يصنف المعالج نزعات المريض إلى فئة سيئة وأخرى حسنة (وهو ما وصفناه فى الفصل الرابع تحت عنوان خلق انشطار فى الشخصية) . وتلك وسيلة نبدأ بها تفسير الانشقاق الدفاعى الذى يستخدمه المريض . وحتى يتمكن المعالج من تعزيز السلوك المسئول ، عليه التفريق بين أسباب المرض (تقلب الانفعال ، الاكتئاب البيولوجى ، سوء رعاية الوالدين ، صدمات الطفولة أو التعرض للاعتداء) ، ونتائجه (الأنشطة المضادة للمجتمع ، الخلاعة ، تدمير الذات ، التقديس والتحقير [الانشقاق] ، والتهور) فيبدى المعالج تعاطفه وتفهمه للشق الأول ويقوم بتوجيه المريض فيما يتعلق بالشق الثانى .

ويقوم المعالج من **المنظور المعرفى** بمساعدة المريض على بناء ذات متسقة ومستقرة بلفت نظره إلى ما يقوم به حاليا وبصورة مستمرة من انشقاق عند تصنيفه الناس إلى «أخيار فقط» أو «أشرار فقط» . ويحدث هذا النوع من الانشقاق عادة فى حياته اليومية (فيصف رئيسه الذى يرعاه فجأة بأنه وحش وحبيبته بأنها لا تكف عن تعذيبه) . فتقول مريضة مثلا ، إنها ذهبت مع صديقها الجديد إلى محل يبيع أشرطة موسيقية ثم تاها عن بعضهما لمدة دقائق . فقررت المريضة فى الحال أنه غيّر رأيه فيها وهجرها . فخرجت حانقة من المحل ولم تتصل به مرة ثانية . وتسنح الفرصة دائما للمعالج أثناء الطرح للقيام بلفت نظر المريض إلى تقلب اتجاهاته نحوه كنتيجة لتغير فعلى أو وهمى فى طريقة إشباعه لرغبات المريض . وحتى يتمكن المعالج من استخدام مثل تلك التفسيرات بفعالية عليه أن يتبع سلوكا متسقا يستطيع الإشارة إليه عند تحدثه مع المريض ؛ إذ يجب عليه أن يبدو فى صورة الوالد الحنون الذى يخطئ أحيانا ويضع الحدود التى تمنع التفعيل والذى يتجنب العقود العلاجية المفصلة فى الوقت نفسه .

ويدعم المنظوران - المعرفى والانفعالى - بعضهما ، فتقوم العمليات المعرفية فى الشخصية المتوافقة بتوضيح وضبط تقلب الانفعال . وقد لاحظ ليبوفيتز وآخرون (١٩٨٦) على الشخصية البينية أنها تنغمس تماما فى الخبرة الراهنة ؛ لذلك فإنها تحتاج إلى تذكر الأحداث «المنسية» التى تزودها بمنظور يبين لها أن العالم المحيط بها أكثر استقرارا مما تظن .

قام عدة معالجين بتطوير وسائلهم الخاصة بعلاج الشخصية البينية والتى تختلف عن الوسائل التدعيمية والدينامية . وتتفق معظم المداخل إلى حد كبير من ناحية أسسها النظرية ، فى رأى آرونسون (١٩٨٩) ، ولكنها تختلف عن بعضها من ناحية ما تركز عليه ، وتوقيت التفسير والأسلوب الذى يمتد من العلاجات التدعيمية إلى الوسائل التعبيرية . فالمعالج التعبيرى يستعمل أسلوبا مستفزا ويفسر قضايا الطرح فى مرحلة مبكرة ويركز على عدوانية وعدائية المريض وغيرته ودفاعاته البدائية فى مرحلة مبكرة من العلاج أيضا . أما المعالج التدعيمى فيقوم بدور الأب «الطيب» ويشجع الطرح الموجب ويؤجل تفسيره ويركز فى مرحلة مبكرة على أعراض المريض الانفعالية وضبط تقدير الذات ومشاكل الانفصال والتفرد SEPARATION - INDIVIDUATION . وبالرغم من عدم نجاح العلاج التدعيمى فى كل الأحوال ، فإنه يخفف العجز الذى يسببه المرض فى العادة . وقد يكون استخدامه فى علاج الشخصية البينية صعبا ، ولكن ربما شعر المعالج بشىء من العزاء إذا علم أن الخبراء يرون أن نتائجه لا تقل جودة عن المداخل العلاجية الأخرى (ستون ١٩٩٠) .

الشخصية النرجسية

تختلف الآراء حول الشخصية النرجسية . فيرى كيرنبرج أن خللها الرئيسى يكمن فى خلل ضبط تقدير الذات مع وجود **بنية مُرضية للذات** تحتوى على إضفاءات وتصورات مثالية تتصف بالعظمة ، وأنا أعلى بدائى وصارم

تسبب فى تكوينه أبوان باردان ورافضان ومعجبان بالمريض فى نفس الوقت (كيرنبرج ١٩٨٧) . ويرجع كوهرت (١٩٧١) من جهة أخرى أصول الشخصية النرجسية إلى تثبيت فى مرحلة طفولية **طبيعية** من مراحل النمو النفسى بسبب فشل الوالدين فى الإمباثية وتزويد الشخص بقدوة سوية ومرنة .

ويتفق كيرنبرج وكوهوت من الناحية الكلينيكية على طبيعة المريض النرجسى الهشة وحاجته إلى تغذية تقديره لذاته من مصادر خارجية (ما يسمى بالمدد النرجسى) . ويفرض اختلاف مفاهيمهما النظرية اختلافا مماثلا على وسائل العلاج . وقد قام كوهوت وغيره من علماء مدرسة علم نفس الذات بتطوير مناهج تحتوى على عناصر تدعيمية كثيرة ، بالرغم من اعتبار جمهور الممارسين بأن أساليبهم تحليلية . ومن ضمن عناصرهم التدعيمية : تقبل المريض باستخدام الإمباثية الذى ينشأ عنه نوعان من العلاقات : **طرح مثالى** يقوم فيه المعالج بدور الأم المثالية ، **وطرح انعكاسى** يرى المريض من خلاله فى المعالج صورة لنفسه .

ويتضمن مدخل كيرنبرج أيضا القيام بتفسير الطرح كأن يبين المعالج للمريض كيف يقوم بتحقيره وعدم السماح لنفسه بالاعتماد عليه . فضلا عن استخدام المواجهة بصورة موسعة مثل التركيز على دفاعات المريض ولفت نظره لاختياره واستعماله لها . ويعتبر كيرنبرج مدخله تحليليا ، وإن كان ينصح المعالجين باستخدام العلاج التعبيرى والتدعيمى عند مداواة حالات النرجسية الشديدة ، ولاسيما تلك التى يبرز فيها المكسب الثانوى والتى لا تستطيع تحمل الانفعال .

يستعين المدخل التدعيمى عند علاج النرجسيين بعناصر من كل مستوى من مستويات فنيات العلاج التى ذكرناها فى الفصول السابقة . فالمستوى الأول يشمل **التواصل الأساسى** الذى يقوى احترام الذات والذى يحتاجه المريض بشكل خاص عندما يواجه متاعب أو نبذا أو خيبة أمل . ويتضمن المستوى الثانى **المواجهة** التى نستخدمها بنفس الطريقة المتبعة مع الشخصية البينية حتى يدرك المريض سوء عاقبة أفعاله . وقد نساعده على إدراك ذلك بسؤاله عما

يمكن أن يحدث لو تحقق له كل ما يريد ، لنبين له عن طريق الإجابة أن شيئا لن يتغير وسيظل تعيسا كما هو . وتركز مواجهات أخرى على ميل المريض للحط من شأن الآخرين والرفع من شأن شخصه ، مع وصف غيره بالأنانية ونفسه بالنبل . ونلحظ ، هنا ، أسلوب المريض فى التفكير الثنائى المحدود وتصنيفه الأحداث على إطلاقها إلى نوع يستحق الإطراء وآخر يستحق الذم دونما وسط بين الاثنين . ونبين للمريض أن الإشباع الذى يسعى إلى تحقيقه عن طريق حصوله على الثناء ليس سوى إشباع وهمى لا يستند على واقع . ويؤكد معالجون مثل هورويتز (١٩٧٦) ضرورة مواجهة ميل النرجسى لتحريف الأحداث الخارجية حتى يحمى نفسه من أى تقييم سلبى لشخصه . وعلى المعالج أن يسمح للمريض بتغيير روايته عن الأحداث حتى تتخذ طابعًا واقعيا بعيدا عن التحريف الذى استخدمه فى البداية (هورويتز وآخرون ١٩٨٤) .

ويدرك المرضى النرجسيون أنهم فى وضع لن يحقق لهم الفوز ، وأنهم حتى فى حالة نجاحهم سيظلون فى موقف ضعيف قابل للانهيار فى أى لحظة . كما أنهم يعجزون عن الاستجابة بصورة متوافقة للعقبات التى لا مفر من تعرضهم لها بسبب تحريفهم لمعنى تلك العقبات . ويشبه البعض تحريف النرجسى للحقائق بالصور المشوهة التى يراها من ينظر فى مزايا السيرك السحرية . وهو تشبيه قد يستفيد المريض من استخدامنا له فى المواجهة (بيكر ١٩٧٩) .

وقد يجد المعالج نفسه أحيانا فى موقف اللاربح واللاخسارة . فنقده المريض يؤدى إلى ظهور الدفاعات وإخفاء العيوب من جهة ، وقيامه بتصديق مبررات المريض السطحية قد يجعل الأخير يستهين به لسذاجته من جهة أخرى . والحل هو مساعدة المريض على تحمل الانفعالات المصاحبة لالتزامه بالصدق عند وصفه لسلوكه (هورويتز وآخرون ١٩٨٤) . وتساعد الفنيات التدعيمية ، التى وصفناها فيما سبق ، المريض على الانتقال من الوهم إلى الحقيقة ؛ لأنها تجعله يستسيغ الحقيقة (أن المعالج يحبه ويتقبله على علاته) . كما يفيد استخدام الفنيات المعرفية المريض فى إدراك أن هناك درجات متفاوتة من التوبيخ والإطراء .

وفى المستوى الثالث **التوضيحى** ، يتوصل المريض إلى فهم جزئى لأصول تصرفاته ، التى تشمل العظمة التى يصفها المعالج بأنها توقعات وأهداف غير ضرورية ، بالإضافة إلى إحساسه المستمر بأنه محاصر والذى يقوم المريض بالدفاع عن نفسه ضده باستخدام الإنكار وأوهام القوة . وقد نسمح للمريض باستخدام عدم كفاية الرعاية الوالدية كمبرر لشعوره بالعظمة . كما نقوم بالربط بين مصادر تصرفات المريض ومشاكله الحالية التى تشمل فى العادة الشعور بالخواء والملل والوحدة وعدم القدرة على الشعور بتعاطف فاهم نحو الغير والذى يصفه المعالج له بأنه عجز عن الاقتراب من غيره والاستمتاع بصحبته . إن إدراك المريض لسوء نتائج اتجاهاته وطابعها المزعج يزيد من دافعيته للتغيير ، كما أن مجرد حدوث مثل هذه العملية فى شخص اتصفت حياته كلها بالنرجسية دليل على مدى ضحالة علاقاته الاجتماعية المعتادة . ويستطيع المعالج الذى يتمكن من تكوين علاقة طويلة المدى مع هذا النوع من الناس من ممارسة تأثير قوى عليه . وينبغى استعمال المواجهة مثل جرعات الدواء ؛ أى يجعلها مستساغة عن طريق علاقة علاجية إمبائية ومشبعة . وبصورة عامة ، يزود المعالج المريض باحترام إمبائى يخلق طرحا (مثاليا وانعكاسيًا) مشبعا يقوم المعالج فيه بمزج «الدواء بالحليب» ؛ أى باستخدام مزيج من المواجهة والدعم مع مريضه الهش (حتى يجعل طعم المواجهة مستساغا) .

الشخصية الهستيرية

قد يناسب العلاج الدينامى الذى يرمى إلى خلق الاستبصار الشخصية الهستيرية المستقرة . أما المريضة[1] المتقلبة والتى تبالغ فى ردود فعلها وتصعب السيطرة عليها وتشبه الشخصية البينية فتحتاج إلى معالج تدعيمى هادئ

(١) نظرا لشيوع الشخصية الهستيرية بين الإناث استخدمنا صيغة التأنيث عند الإشارة إلى المريض فى وصفنا هذه الشخصية . (المؤلفون) .

ومتماسك ليخفف من مبالغتها فى الانفعال ويضع حدودا لطلبات المريضة ومحاولتها مراودة المعالج عن نفسه بأساليب ملتوية . والسبب فى فى ذلك عدم استجابة الشخصية الهستيرية بصورة جيدة للتفسير أو للمعالج الصامت والمتباعد . إذ سرعان ما تنسى المريضة الاستبصار الذى توصلت إليه أثناء الجلسات وتتقبله بحماس ، نتيجة للأسلوب المعرفى الانطباعى [1] الشامل المتبع فى هذه الحالات نتيجة لاستخدامها للكبت كوسيلة دفاع أساسية (شابيرو ١٩٦٥) . كما أن المعالج الصامت والمبتعد يولد فى نفس المريضة شعورا خياليا بأنه يقدر على كل شئ ، ويفصل شودوف (١٩٧٨ ، ١٩٨٩) هذه الجوانب حيث يوضح طبيعة طلبات المريضة من المعالج وكيفية نشوء الشعور بالأمانة والاكتفاء الذاتى بنفسها بالتدريج ؛ وتعلمها فى نهاية المطاف أن هناك طرقا أفضل من أسلوبها الهستيرى للحصول على ما يريده المرء من الحياة .

ويؤكد هورويتز (١٩٧٧) أن أسلوب إدراك المريضة الانطباعى وسيلة دفاعية تحول دون اعترافها بالصراعات القائمة فى نفسها حول الجنس والحاجات الفمية أو العدوان والتعبير عنها . ومهمة المعالج توجيه أفكارها فى الاتجاه الصحيح باستخدام ما يسمى بالطرح المحكوم . ويستخدم هورويتز مثل شودوف الإشباع بمرونة ، فيقوم بضبط مستوى الإمباثية حتى يخلق «منطقة آمنة» (هورويتس وآخرون ١٩٨٤) تمكن المريضة من المحافظة على تسلسل أفكارها وإضافة التفاصيل لانطباعتها الهلامية وإطلاق المسميات على من يلعبون دورا فى حياتها وعلى أفعالهم ، والتعبير بشكل عام عن الأفكار التى تقوم باستبعادها . ويساعد التكرار البسيط وإعادة صياغة أسباب تصرفات المريضة بشىء من التوسع وإسماعها إياه على توضيح إحساسها بذاتها وشعورها بالمسئولية .

وسنقوم ببحث كيفية استخدام العلاج التدعيمى عند التعامل مع كل جانب من جوانب الشخصية الهستيرية بالتفصيل . وفى الجدول التالى بعض المؤشرات .

---

(١) انطباعى IMPRESSIONISTIC مأخوذ عن مدرسة فى الرسم . والمقصود بها هنا أن المريضة تنقل الواقع كما تحس به هى ودون مراعاة طبيعته الفعلية . (المترجمان) .

جدول (١١ - ١) أسس العلاج التدعيمى المستخدم فى علاج الشخصية الهستيرية

اهتم بالألفة والتجاوب طول الوقت ؛ لأن فقدانها يعنى فقدان المريضة .
بالرغم من النصيحة السابقة ، لا تجعل حرصك على الاحتفاظ بالمريضة يمنعك من المحافظة على أمانتك كمعالج .
كن مستعدا لعمليات طرح شديدة وعاصفة ولا سيما إذا كنت من الجنس المغاير لجنس المريضة .
ابحث مع المريضة مشاعرها قبل القيام باستكشاف مبرراتها .
سم أنماط السلوك غير المناسبة بأسمائها الفعلية .
تجنب الأدوية التى قد تسبب الإدمان ولكن عالج الاكتئاب والسلوك الانتحارى والذهان بالأساليب الدوائية النشطة .
كرر ما يبدو واضحا ومفهوما بالنسبة إليك حتى يصبح مفهوما بالنسبة إلى المريضة .

الانفعالية : يتصف تعبير الشخصية الهستيرية الانفعالى بالمبالغة والتقلب والضحالة ، كما أن طريقة كلامها تتصف بالعمومية الشديدة والخلو من التفاصيل .

لذلك ، علينا القيام بتشجيع المريضة على مناقشة مشاعرها بالتفصيل . ونقوم بذلك فى البداية دون الاهتمام بمنطقية أو واقعية تلك المشاعر . ولا نتطرق إلى هذه الجوانب ببطء إلا فى مرحلة لاحقة من العلاج بعد تمكن المريضة من وصف مشاعرها بصورة كاملة مستخدمين التبيين لمساعدتها على الانتقال من الخيال إلى الواقع .

وعلى المعالج فى البداية التساهل مع ما تبديه المريضة من تناقضات وتعبيرها عن مشاعر مضادة لتلك التى قد تكون قد عبرت عنها فى جلسات سابقة

أو حتى فى وقت مبكر من الجلسة الحالية . وبمجرد اطمئنان المريضة لوصف تفاصيل انفعالاتها ، يبدأ المعالج فى سؤالها عن تغير اتجاهاتها ؛ أو بمعنى أصح عن التناقضات التى تبديها . ولا ينبغى على الطبيب النفسى أن ينتقد تقلبات اتجاهاتها السريعة بل عليه استخدام ترديده لمبرراتها لتلك التقلبات كمدخل لمناقشتها . ونستخدم هذه التناقضات كموطئ قدم للمريضة يمكنها من المضى فى فهم تفكيرها والظروف التى أدت إلى تغيير انفعالاتها . ومع استكشافها مشاعرها السريعة التقلب تتحسن بالتالى قدرتها على فهم طبيعة تفكيرها المتعاقبة .

وعلى المعالج أن يكون مستعدا لمواجهة ما أسماه تشودوف (١٩٨٩) «باكتساب المريضة لاستبصار مزيف بسرعة مذهلة ثم نسيانها ما اكتسبته بسرعة» . ونستطيع ، هنا أيضا ، تصحيح هذه الأنواع من الاستبصار بمطالبتها بالتفاصيل . ومع مرور الوقت ، تتكون لديها القدرة الذاتية على متابعة اتجاهها للتطرف فى الحماس أو النقد عند تذكرها مطالبة الطبيب النفسى لها بالمزيد من التفاصيل ؛ إذ يساعدها ذلك على أن تصبح أكثر تأملا لما تشعر به أو تفكر فيه .

الاكتئاب ، والميل إلى الانتحار والذهان : وإذا وصلت معاناة المريضة الانفعالية إلى مستوى الاكتئاب ، على المعالج التفكير فى وصف مضادات الاكتئاب ، مع مراعاة احتمال إقدامها على الانتحار بعد كل مرة يقوم فيها بوصف الدواء . وبالرغم من إلغاء السلوك الانتحارى من محكات تشخيص الشخصية الهستيرية فى الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المُراجَع ، فإن محاولات الانتحار والتلويح به كثيرة الحدوث .

وعندما تتخذ انفعالية المريضة طابعا ذهانيا ، نجد أن محكات التفاعل الذهانى المحدود المدة BRIEF REACTIVE PSYCHOSIS عادة ما تنطبق عليه ، الأمر الذى يستدعى إدخالها المستشفى . ويتضح من الخبرة أن مثل هذه النوبات تنتهى فجأة خلال أسبوع أو أسبوعين ؛ لذلك نميل إلى علاجها بتحفظ . وعلينا إعداد العاملين فى القسم الذى تعالج فيه للتعامل مع انفعالاتها العاصفة ،

كما ينبغى تجـنب الاختلاف فى تشخيصهـا (إذ يرى البعض فى سلوك المريضة دليلا على أنها تعانى من الفصام أو الهوس) .

السلوك الاجتماعى : تسعى الشخـصية الهستـيرية دائما إلى لفت الأنظار إليها وإلى التطمين وتشـعر بعدم الارتياح عندما لا تكون مـحط الأنظار ، كما تحب إغراء الجنس الآخر بمظهرها المتبرج وسلوكها الخليع .

وعلى المعالج تجنب المبالغة فى معاملتها ببرود أو الهرولة إلى مساعدتها فى نفس الوقت ، وهـو أمـر صـعب بدون شك . وبالرغم من تـفـهم المعـالجين التدعيـميين حاجتهن إلى الاهتـمام فإن عليهم ، فى نفس الوقت ، مـعرفة أن هذا النوع من المرضى قد عانـى من الحرمان الانفعالى الشـديد أثناء طفولته مما يستدعى تلبية حاجتهن للاهتمام بشىء من الدفء .

وقد نفكر فى الاسـتعانة بالعلاج الجـمعى فى الحالات التى من أعـراضها الرئيسية الحرص على لفت الأنظار ومع اللاتى لا يسـتجبن للعلاج التدعيمى . ومن سوء الحظ أن عددا كبيرا من المعالجين الجمعيين يرفض علاج هذه الحالات لأسباب وجيـهة . لذلك ، نفضل عدم اقتراحه على المريضـة قبل العثور على معالج مناسب يتقبلها وذلك لمنع شعور الطرفين بالإحباط .

الانشـقاق SPLITING : قد تـتخذ حـاجة المريضـة إلى الحصـول على الاهتمام أثناء العلاج صورة شطر شخصية المعـالج أو شخصية أخرى مهمة فى حيـاتها . وعلى الطبيب النفـسى فى هذه الحالة الالتزام بالحيـاد ، الأمر الذى يدفع المريضة فى العادة إلى الشكوى من الإحباط لعدم إشباع حاجاتها . ونعود هنا إلى استكشاف مدى عـمق وتفاصيل مشاعر المريضة وسلوكـها مع التعرض بصورة عابرة لمشـاكل العجز والقوة قبل تشـجيعها على التـحدث عن الجوانب الواقعيـة والمنطقية . وتتعلم المريضة بمرور الوقت كـيفية الانتباه بصـورة مناسبة لأفكارها ومشاعرها المنطقية على حد سواء .

ومن الموضوعـات التى تواكب الانشقاق فى أحيـان كثيرة انشغـال المريضة بالمهدئات ومضادات القلق . فقد تقول لطبيبـها مثلا إن طبيبها السابق كان يصف لها أقـراص الزاناكس (مضـاد للرهاب والاكتئـاب) لعلاج رهابهـا من ركوب الطائرة . ونفضل بشكل عام تجنب المركبات التى قد تسبب الإدمان مثل المهدئات ومستـحضرات البنزوديازبين إلا فى حـالات الضرورة القصوى ، نظرا لقـابلية الشخصيـة الهستيرية بشكل خاص للإصابة بالإدمان . ويشـترط المرضى أحيانا على المعالج أن يـصف لهم دواء حتى يستـمروا فى العـلاج . وفى هذه الحالة نفضل عدم مواصلة العلاج على تحويل المريضة إلى مدمنة على الأدوية النفسية .

مشاكل الطرح : يتيح لنا الطرح فـرصة استخدام فنيـة إسقاطية معـاكسة تساعـد المريضة على استكـشاف سلوكهـا الاجتمـاعى . ويروى لنا تشودوف (١٩٨٩) كمثـال حالة مريضة من مريضاته أخـذت فى استرجاع استعـداد أبيها الدائم لإخبارها بما ينبغى أن تفعله بشغف ، وشعورها بأن على الطبيب النفسى أن يقوم بنفس الشىء . وهنا ، رد عليـها تشودوف بنبرة سـاخرة قائلا «نعم ، ويبـدو أن أباك كـان يعـرف الإجـابة عن كـل الأسـئلة ، أليس كـذلك ؟» ، ونلاحظ هنا كيف أن تشودوف لم يكتف بـإرسال الكرة إلى ملعب المريضة بل أتاح الفرصة لقيام المريضة بمناقشة مـشاعرها نحو شخص يعرف لكل شىء جوابا . وفى العـلاج الدينامى يتابع المـعالج العـلاقة بين اتجـاهات المريضة نحـو الأب ومشاعرها الحاليـة ، أما فى العلاج التدعيمى فنكتفى بتوضـيح مشاعر المريضة الحالية دون استكشاف تداعـياتها التاريخية . كما أن دواعى استـعمال السخرية ولو بصورة طفيفة لخدمة الأنا نادرة جدا .

الأفعال : تهدف أفعال الشخصية الهستيرية إلى الحصول على إشباع فورى لرغباتها لعدم تحملها للتأجيل .

وعلينا تحرى مشاعر الإحباط التى يولدها التأجيل بصورة مفصلة كما يجب أن يقوم الطبـيب النفسى بدور القـدوة التى تستجـيب لطلبات المريضـة بصورة

مناسبة . ومما يساعد على ذلك تسمية أفعالها حتى يسهل التعبير عنها لفظا فيما بعد . فنسمى سلوك المريض الذى يفصل باستمرار من عمله «روتين الفصل» والسلوك الخليع والمدمر للذات «المجون الجنسى» ؛ لأن تسمية السلوك يزوّد المريض بأداة لفظية تسهل عليه استعمال الكلام بدلا من الفعل .

وقد تتصل المريضة بالطبيب النفسى هاتفيا بصورة متكررة . وسوء استعمال هذا النوع من التواصل يهيئ للمعالج فرصة مناقشة مشاعر المريضة بالإحباط المرتبطة بتأجيل الإشباع واتجاهها إلى المبالغة فى وصف احتياجاتها . بهذه الطريقة نضع حدا لاستعمال الهاتف ، كما نشجع المريضة على التحدث عن شعورها بالإحباط ، مثل حنقها على أسلوب الطبيب النفسى الذى يتصف «بعدم المبالاة وعدم المنطقية بل والخطورة أيضا» .

وقد نبحث عن وسائل الإشباع الأخرى التى قد يكون من أهمها فى بعض الحالات اختيار المهنة . فقد تفضل المريضة العمل كمندوبة مبيعات فى شركة على العمل فى مكتب محاسبة . وكثيرا ما يناسب هذا النوع من الشخصيات اختيار عمل يتصل بالمجال الفنى ؛ لأنه لا يضطرهم إلى التوافق مثل غيره .

الأفعال المدمرة للذات : تعبر المريضة عن نفسها أحيانا بأفعال قد تسبب لها الضرر . ونقوم وفقا للمداخل التى أوصينا بها فيما سبق بتشجيعها على التعبير عن غضبها لفظا وبصورة مفصلة حتى يحل الكلام مكان الفعل . ويقوم المعالج باستعمال الارتجاع اللفظى الموجب (فيدباك) كلما استخدمت الكلام بدلا من الأفعال للتعبير عن غضبها .

وننهى العلاج عندما تصل المريضة إلى مستوى مرضٍ من الانفعالية والكلام والسلوك . وإذا كانت المريضة تريد فهم شخصيتها على نحو أفضل ، نقوم بتحويلها للعلاج الدينامى ، لأنه إذا كان المقصود من «فهم أفضل» هو معرفة «لماذا أكون أنا ما أنا عليه الآن ؟» فإن ذلك لن يتوفر إلا عن طريق العلاج الدينامى أو التحليل النفسى .

الشخصية المضادة للمجتمع

تشترك هذه الشخصية مع الشخصية النرجسية فى نواحٍ كثيرة من أهمها عدم قدرتها على التعاطف الفاهم نحو الغير (كيرنبرج ١٩٨٧) . وتمثل عدم قدرتها على استدماج القيم الأخلاقية عقبة كبيرة فى طريق العلاج .

ولا تنطبق خصائص الشخصية المضادة للمجتمع ، كما وردت فى الدليل الثالث المراجع إلا على فئة قليلة من الذين يرتكبون أفعالا مضادة للمجتمع والتى من ضمنها تعمد اللامبالاة بحقوق الغير . وليس كل المجرمين شخصيات مضادة للمجتمع أو العكس بالعكس . والإجابة عن السؤال عما إذا كان شخص ما شريرا أم مجنونا أم حزينا أم مزيجا من كل هؤلاء تصعب الإجابة عنه . وعلى أى حال ، فإن معظمهم شخصيات خطرة وتحب تسيير الآخرين وفق هواها . وبالرغم من نجاح علاج بعض هذه الشخصيات بالوسائل الفردية أو الجمعية فإنهم يعتبرون العلاج مجرد لعبة يسايرونها طالما ناسبتهم أو حققت لهم مكاسبا ثانوية .

وإذا عرّفنا السلوك المضاد للمجتمع بأنه ذلك السلوك الذى يظهر دون مبرر واضح سوى تحقيق مصالح صاحبه الشخصية ، فمن الصعب أن نتصور قيامنا بتعليم شخص من هذا النوع الكف عن سلوكه واحترام حقوق غيره . وهى مهمة لا يبدأ من يعالج المريض الراشد فى الاضطلاع بها إلا بعد فوات الأوان . وتتعلم الشخصية المضادة للمجتمع ما يعتبره مجتمعها خطأ وصوابا قبل بلوغها الرشد ، ولكن لا تهتم بإتباعه . وقد يستفيد بعضهم من العلاج فى المؤسسات القمعية . ومن حسن الحظ ، وجود «جانب آخر» يُعتقد بأنه يؤثر على السلوك ولو بصورة جزئية فى نسبة كبيرة من هذه الشخصيات . وإذا كان هذا الجانب وجدانيا أو ذهانيا - الأمر الذى يجعلنا نستبعد تشخيصا على المحور الثانى - فقد يستجيب المريض للعلاج . كما أن الإدمان والاضطرابات العقلية ذات الأصل العضوى تؤدى إلى نمط متسق من السلوك المضاد للمجتمع . ولا يتسع

المجال ، هنا ، لتناول التشخيص الفارق لهذه الحالات . ولكن التدقيق فيها قد يكشف عن وجود اضطرابات قابلة للعلاج . ويشمل المدخل الذى يمكننا من ذلك : الاستماع ، والمواجهة ، والهداية .

الاستماع : يقوم المرضى الذين يعالجون بشغل وقت المعالج بتبريرات مطولة وبالتهوين من شأن أفعالهم . وغالبا ما تتضح سخافة هذه التبريرات من الوهلة الأولى . فيقول المريض مثلا «لقد أهاننى ، فذهبت للمنزل وأخذت المسدس وأطلقت النار عليه» . وبالرغم من ذلك ، على المعالج أن يبدأ العلاج بالاستماع للمريض وتحديد طبيعة خبراته .

المواجهة : وعلى عكس المرضى الذين يفتقدون القدرة على الاستبصار ، تبدو الشخصية المضادة للمجتمع مؤهلة لاكتسابه ؛ لذلك يرى معالجون كثيرون (مثل دينيتز ١٩٨٠) أنه يستطيع التعلم من مواجهته بأسباب عدم القدرة على التنبؤ بسلوكه وعدم إمكان الاعتماد عليه وعدم وجود أصدقاء له أو أى خطة لحياته .

الهداية CONVERSION : يحتاج المعالج إلى أن يستخلص من المريض بصورة مستمرة تعبيراته التقليدية والمصطنعة عن شعوره بالندم وما يشابهها من استبصار كاذب يستخدمه لإيجاد مبررات اجتماعية لتصرفاته ، وذلك حتى يعثر على صراع قائم بالفعل فى نفس المريض يستطيع التعامل معه . وقد يحاول المعالج استثارة «الجانب الآخر» الذى ذكرناه آنفا بتشجيعه على التخيل واستشعار الانفعالات (الاكتئابية فى العادة) (ليون ١٩٧٨) . وفى الوقت الذى يبدو فيه العلاج فى مؤسسة قمعية أمرا ضروريا ، بغض النظر عن دافعية المريض ، يعتبر الوصول به إلى مرحلة من عسر مزاج له وزنه من العوامل المساعدة فى العلاج (ريد ١٩٨١) ؛ إذ يستطيع المعالج فى هذه الحالة فصل تصرفات المريض عن أصولها التاريخية ومساعدته على تنمية أنماط أفضل .

وتتوقف طبيعة العمل مع من يستمرون فى تصرفاتهم المضادة للمجتمع أثناء العلاج على اعترافهم بأفعالهم أو إنكارهم لها . فإذا كانوا ينكرونها

بصورة كاملة ، يحتاج المعالج إلى مواجهتهم بأدلة يحصل عليها من مصادر أخرى غير المريض إذا ما قدر للعلاج أن يستمر . أما فى حالة اعترافه بها فيقوم المعالج بمناقشتها معه . ويستعين المعالج بانتهازية المريض كوسيلة لمساعدته على اكتساب قيم أخلاقية خارجية ، دون محاولة هدم تركيبة طباعه النرجسية . ويقول ريد (١٩٨١) إن الطرح النرجسى قد يكون النوع الوحيد المتاح من الطرح فى مريض يعشق ذاته أساسا ومن ثم المدخل الوحيد المتيسر . وتختلف أهمية العلاقة العلاجية من مريض لآخر ؛ لذلك لا ينبغى للمعالج الاعتماد عليها أبدا حتى مع المرضى الذين قد يتصور أنه يعرفهم بصورة جيدة .

الشخصيات الغريبة والشاذة

تشمل هذه المجموعة الشخصيات البارانويدية والفصامية النوع وشبه الفصامية . وتظهر على هذه الفئة من المرض أعراض الكف الجنسى والعزلة والانسحاب الاجتماعى والشك فى الآخرين . كما تقوم بالانغماس فى التفكير السحرى أو الخيال المتمركز حول الذات AUTISM . ويصعب على المعالج إقامة علاقة وثيقة مع هؤلاء ، وإن أشارت الخبرة إلى إمكانية علاجهم بصورة فعالة . ومربط الفرس فى هذه الحالات هو التعرف على الدفاعات التى يجب تقويتها وتلك التى ينبغى إضعافها .

الشخصية البارانويدية

سمة هذه الشخصية الرئيسية الشك المزمن فى نوايا الغير ؛ إذ يفترض البارانويدى أن لأفعال ونوايا الآخرين خلفية شريرة إلى أن يثبت العكس ، ويعجز بعضهم عن إثبات ذلك العكس .

وستظل أسباب هذا الاضطراب وعلاقته بالاضطراب الضلالى مثارا للجدل والبحث . وقد طرح كولبى (١٩٧٧) أربعة نماذج تشترك جميعها فى استخدام

الإسقاط ولـوم المريض للآخرين على أوجه قصـوره . وجاءت النظرية الأولى نتيجة لتحليل فرويد لحالة شريبر وهى **نظرية النزعات الجنسية المثلية** التى ينكرها المريض ويسقطها على غـيره . أما **نظرية العدائية** ، فتفـترض إسقاط مـشاعر الكراهيـة على الآخرين . وتنسب نظرية الاتزان النفـسى اعتـبار المريض غـيره مصدرا للتهديد كضرورة نشأت عن حاجته إلى تفسير شعوره بالذنب والعجز . وترى نظرية الخـزى والإذلال أن المريض يقوم بفـصل وكبت مـشاعـره بالخزى والإذلال وإسقاطها على غيره .

وليس من السهل إقامـة علاقة وثيقة بالمريض البارانويدى ، كـما لا ينبغى على المعالج أن يحاول ذلك ، بل عليه الاحتفاظ بتباعد مهنى ثابت عن المريض وتجنب إبداء الملاحظات الشخـصية ، أو إثارة جـوانب حياته الجنسـية - بغض النظر عن صحة نظرية الجنسية المثلية من عدمها - أو ملامسة جسمه . وبالرغم من كل تلك المحاذير ، عليه أن يحاول تكوين عـلاقة مع المريض تتصف بالثقة مع تجنب فرض نفـسه عليـه فى نفس الوقت ، بالإضافـة إلى منحه أكبـر قدر ممكن من الاستـقلالية . لذلك ، يفضل عـدم استخدام الفنيـات التوجيـهية أو التقليل من استعمالها فى الجلسات الأولى .

كما عليه تجنب الموافقة على ما ينسبـه المريض لغيره بازدراء من صفات سيئة ؛ لأن استخدام تلك الصفات يمثل بالنسبة إلى المريض موضوعات مهمة (إسقاطات) . إذ كثيـرا ما يُستفز المريض عندمـا يوافقه المعالج على أن صـفة من التى ذكرها صفة فظيعة . فـإذا تصورنا أن مريضا يذم زميلا له فى العمل مثـلا فيصفه بأنه متكالب على جمع المال ، عندها يوافقه المعالج على أن التعاون مع مثل هذا الزميل قد يكون صـعبا ، ثم يقـول للمريض فى نفس الوقت إن التكـالب على جمع المال قد لا يكون أمرا غير عادى أو ذميما فى حد ذاته . كما يتعين على المعالج تحاشى القيـام بمشاركة المريض فى ذم عدم الكفاءة أو الجنسيـة المثلية أو الغضب التى ينسبها لغيره بعدائية . وحتى عندما يتـهم المريض غيره بالقيام بأنشطة غير مشروعة

كالاختلاس مثلا لا نقول له إن الاختلاس سلوك فظيع بل إنه شيء مؤسف ، ولكنه قد لا يكون ذميما بالصورة التى يبدو بها . فنقول «إن الاختلاس فكرة تخطر على بال عدد كبير ممن يعملون فى مثل هذه المجالات ، وإن كان الإنسان لا يستجيب لمثل تلك النزعات» .

وفى الوقت الذى يقوم فيه المعالج بتجنب ترديد اشمئزاز المريض من الآخرين ، يبدى تعاطفه مع همومه وترقبه لمثل هذه الأمور ؛ لأن هذا النوع من العلاقات الاجتماعية صعب على نفسه .

ويجتهد المعالج فى العثور على خصائص فى المريض تستحق المديح ويثنى عليه صراحة ؛ لأن الاكتفاء بتجريد المريض من شكوكه دون دعم احترامه لذاته ورضاه عن نفسه - وكلاهما من الأمور الصعبة - يؤدى به إلى الشعور بالحزن والدونية ؛ الأمر الذى يفرض على المعالج التعامل معهما . ويعتبر التحول من التفكير البارانويدى إلى الشعور بالاكتئاب خطوة إيجابية ؛ بل إن بعض المعالجين يعتبر أن ظهور الاكتئاب من ضمن أهداف العلاج (ميسنر ١٩٧٨) .

وعلى المعالج أن يكون مستعدا بطبيعة الحال لما قد يوجهه إليه المريض من عدائية وما قد ينسبه إليه من صفات سلبية ؛ إذ يحتاج من يتولى مسئولية علاج هؤلاء المرضى إلى أخذ الطرح المضاد بعين الاعتبار لما قد يؤدى إليه من شعور من يعالجهم بالإحباط الشديد وعدم تقديرهم لجهده .

وهناك وسائل أخرى تمكننا من النفاذ إلى المريض البارانويدى . فقد اتضح مثلا أن مناقشة سوء معاملته أثناء الطفولة قد يشكل نقطة بداية للعلاج لسهولة استرجاع هذا النوع من الذكريات واستعداد المريض للتحدث عنه . وقد روى لنا أحد المرضى المحولين من الطب الشرعى لاعتدائه على سيدة مسنة ، كيف كانت عمته العجوز التى كان يحبها تضربه بقسوة ، وأنه كان دائم الشك فى النساء إلى أن أصيب بضلالات الغيرة . ويستمتع البعض منهم بروح فكاهة ملحوظة وغريبة فى نفس الوقت ، فنجدهم يستمتعون برواية النكات ذات الطابع السادى ؛ الأمر الذى يتيح للمعالج فرصة مناقشة مخاوفهم وهمومهم .

قمنا فى فصول سابقة بعرض أمثلة لطرق تعديل الشك البارانويدى باستخدام الإسقاطات الخاصة بالمريض . فقد نُلمّح ، مثلا ، للمريض بأن الآخرين يخافون منه ويخشون الإقدام على إيذائه بطريقة مكشوفة أو قد نعدّ «سيناريو» يقوم من خلاله باختبار الواقع . ويساعد هذا النوع من الفنيات المريض البارانويدى على الالتزام بالصمت بدلا من مهاجمة الغير فيحافظ بذلك على علاقاته الاجتماعية الحالية على الأقل .

الشخصية الفصامية النوع

تشمل فئة اضطراب الشخصية الفصامية النوع مجموعة متنوعة من الأعراض ، بالرغم من إدراجها فى أحيان كثيرة ضمن مجموعة الفصام . وينطبق على علاجها ما اقترحناه فى الفصول السابقة حول مداواة الفصام (مثل علاج المرضى الذين يعانون من الأفكار الإيمائية) .

ولا يسعى المريض الفصامى النوع المتوافق مع عزلته والذى لا يعانى من اضطراب آخر من اضطرابات المحور الأول للعلاج . أما من يحضرون للعلاج منهم فيعانون من اضطرابات إضافية كالنوبات الذهانية العارضة أو الاكتئاب . كما نصادف بين هؤلاء المرضى من تزعجه عدم قدرته على الارتباط الانفعالى بغيره . وبالرغم من سلامة وظائفهم المعرفية الظاهرية ، يعانى معظمهم من غرابة التفكير والزى والحركات وطريقة الكلام والسلوك مما يخلق لهم المشاكل الاجتماعية والمهنية والدراسية . ويستطيع المعالج التدعيمى استخدام الفنيات الإيضاحية والتوعية ، فضلا عن بعض الفنيات التوجيهية التى ذكرناها فى فصول سابقة للتوصل إلى تغيير أوجه شذوذهم أو مساعدتهم على تقبل ما يحسون به من غرابة بيئتهم الاجتماعية . ونوصى باستعمال طريقة ستون (١٩٨٥) عند علاجهم . فعلى المعالج المحافظة على ابتعاده المهنى واستخدام الحسم والتحلى بالاتساق والفهم والإمبائية ، مع عدم الموافقة على اضطرابات المريض العابرة كأن يقول له : «أستطيع تفهم وجهة نظرك ولكن . . . .» .

ويعانى الفصامى النوع من مشاكل التعامل مع الزمن ، فنجده لا يتحمل الانفصال عن المعالج ، كما أنه لا يحس بأية متعة فى الحياة . وعلى المعالج مساعدته ببطء ، وعلى مدى سنوات ، على تنمية قدرته على الاستمتاع . كما أنهم يتصفون عادة بعيانية التفكير وثقل الظل وعلى المعالج أن يكرر عليهم ما علمهم إياه مرات ومرات . وتفيد التوعية والتدخلات السلوكية فى تحسين سلوكهم الاجتماعى المتكلف وأنماطه الشاذة الأخرى . والمطلوب من المعالج تحديد ما يريده من المريض بالضبط .

كما يعانى هؤلاء المرضى - مثل مرضى الفصام - من عجز معرفى ظاهر عن تفسير دوافع تصرفات الآخرين والمشاعر المرتبطة بها بصورة صحيحة . وهم بذلك يختلفون عن البارانويدى الذى يخطئ عندما يسقط مشاعر قوية على الآخرين ، ولكنه يفعل ذلك بصورة متسقة . ويشعر هذا النوع من المرضى أيضا بالازدواجية نحو العلاقات الاجتماعية ، وإن كانوا لا يظهرون سوى جانب واحد منها فقط . وعلى المعالج عدم التسرع فى التعاطف مع ما يظهره المريض بل عليه التريث حتى يكتمل انطباعه عنه (ستون ١٩٨٣) .

ولا ينبغى على من يعالج هذه الفئة أن يتوقع الكثير ؛ إذ قد لا يتمكن فى الحالات الشديدة إلا من توصيل المريض إلى إقامة علاقات اجتماعية محدودة .

الشخصية شبه الفصامية

يتصف أصحاب هذه الشخصية بالانعزالية وعدم الاهتمام بالاختلاط بالآخرين ، كما يفضلون التعامل مع الأشياء على التعامل مع غيرهم من البشر . وقد يحققون نجاحا كبيرا فى المجالات المهنية والفنية والعلمية ، فضلا عن اتصافهم بالاستقرار والهامشية فى آن ، واستمرارهم فى وظائف لا تتيح لهم فرصة الترقية . وقد يعود الشخص شبه الفصامى إلى المنزل حيث يعيش

مع أخيه أو شقيقته أو والدته ، ولكنه لا يتردد أبدا على ناد أو مقهى لمجالسة الأصدقاء . ومثل هؤلاء المرضى لا يشعرون **بالتعاسة** ولكن بمجرد عدم الاكتراث والعزلة . وقد يحسدهم الكثيرون على تماسكهم غير المتكلف عند رؤية ما تتصف به العلاقات الاجتماعية المعاصرة من تقلب ومشاكل ! لذلك قد نتساءل عن الغرض من علاجهم .

يختلف أخطار (١٩٨٧) مع من يقولون بأن شبه الفصامى لا يشعر بالتعاسة . ويقترح أن المريض يتكون من ذات مرئية وأخرى مستترة تكونت بفعل آلية الانشقاق . ومما يؤيد وجهة نظره ، ما نلاحظه من حساسيتهم الداخلية الشديدة المقابلة لعدم اكتراثهم الخارجى «فشبه الفصامى منفصل ظاهريا ومكتف بذاته وكثير السرحان ، وممل ، وليست له ميول جنسية . كما أنه شديد الحساسية للأخلاقيات ، ولكنه داخليا متعطش للانفعال وشديد اليقظة ومبدع وشاذ فى أحيان كثيرة ، ويسهل إفساده» (أخطار ١٩٨٧) .

وإذا اقتنع المعالج بالوصف السابق ، يصبح لاستخدام العلاج التدعيمى ما يبرره . إذ يستطيع المعالج من خلال تنمية ثقة المريض فيه من التسلل إلى حياته وآماله الداخلية ومساعدته على تحسينها . وهذا النوع من الشخصيات شبه الفصامية الذى يستطيع تكوين علاقة وثيقة مع شخص آخر له وزنه ، يريد الحصول على الحب ، وهو يشبه من هذه الناحية الشخصية المتجنبة التى ستتناولها فيما بعد . ويعانى المريض أيضا من تشتت الهوية والشعور بالعظمة وبالكف الجنسى . وعلى المعالج ، طال الأمد أم قصر ، أن يلتقى بهذه الجوانب من شخصيته ، وإن كان عليه فى البداية أن يشارك المريض بعض اهتماماته الميكانيكية والتجريدية والأقل تهديدا للعلاقة العلاجية ، مثل الاهتمام بالسيارات والحسابات الآلية .

وعلينا أن نستعين بخبرتنا الإكلينيكية فى التمييز بين مظهر شبه الفصامى «الباهت» وثرائه الداخلى . وقد يعنى تعريف تلك الشخصية المستخدم حاليا

مجموعة متباينة من المرضى ، شأنه شأن تعريفات اضطرابات الشخصية الأخرى . ومع ذلك ، على المعالج البحث عن حاجات ورغبات المريض الإضافية التى قد تدخل ضمن خطة العلاج . وعليه فى نفس الوقت ألا يُسقط على المريض اهتمامات لا يشعر بها بالفعل . إن طبيعة دفاعات الشخصية شبه الفصامية البدائية وميله إلى الشك يستوجبان اتباع مدخل تدعيمى مبدئى ، إلى أن نتمكن من معرفة المريض بدرجة تسمح لنا بوضع خطة علاجية .

الشخصيات القلقة

تشترك الشخصيات المتجنبة والاعتمادية والسالبة العدوان والوسواسية القهرية التى تكون هذه المجموعة فى شعورها بالقلق عند قيامها بأعمال معينة . ويتشعب من هذا العجز الأساسى أربعة أنماط مختلفة من المجابهة .

الشخصية المتجنبة

إن أسهل استجابة لمؤثر يهدد الإنسان وأقلها عدوانية الهروب أو التجنب . وتتّبع الشخصية المتجنبة هذا النمط طيلة حياتها ، فتبدو متنحية ولا تكترث بالعلاقات الاجتماعية فى الوقت الذى تتصف فيه داخليا بالثراء الانفعالى . وبالرغم من اشتراك الشخصية المتجنبة مع الشخصيات النرجسية والاعتمادية والبارانويدية فى حساسيتها المفرطة للنبذ ، فإن المتجنب يشعر بالقلق والرهاب فى المواقف الاجتماعية . وتزدهر هذه الشخصية فى ظل العلاقات الاجتماعية المبنية على الثقة ، ولكنها تتوجس من العلاقات الجديدة ، كما تجد صعوبة فى مواصلة العلاقة العلاجية . لذلك ، على المعالج أن يبدو فى صورة مستقرة ومتسقة من ناحية سلوكه وانفعالاته ، وقريبا من المريض وداعما له ومعنيا باحترامه لذاته . وقد يفسد مجرد تلميح يشتم منه النبذ شهورا طويلة من الجهد الشاق ، وذلك لتوقعات الشخص المتجنب غير المعقولة من المعالج .

ويجب تجنب الوسائل الاستكشافية بصورة خاصة لما قد تؤدى إليه من استرجاع للذكريات المؤلمة . ويقول ميلون (١٩٨١) فى هذا الشأن «قد يكون العلاج التدعيمى الوسيلة الوحيدة التى يتحملها المريض إلى أن يتمكن من مجابهة انفعالاته وأفكاره بارتياح» .

وقد نجرب معهم بعض الفنيات المستعملة لعلاج الرهاب الاجتماعى (انظر الفصل ٩) . فنناقش مع المريض مثلا خوفه من المهانة ونحشد فيه ما يسمى «بالطاقة التنشيطية» حتى يتمكن من اجتياز العقبات التى تصادفه عند سعيه لتكوين علاقة اجتماعية . وفى حالة استجابته لهذه المحاولات ، غالبا ما يستجيب بصورة أبطأ من مرضى الرهاب الاجتماعى .

الشخصية الاعتمادية

من ضمن وسائل الاستجابة للمواقف المثيرة للقلق ، قيام الشخص بتسليم استقلاليته لجهة أو سلطة خارجية ؛ ونعتبر من يقوم بذلك شخصا سلبيا وليس عدوانيا . ومفهوم الشخصية الاعتمادية مستنبط من الناحية التاريخية من الفئة السلبية الاعتمادية التى تعتبر من أنواع الشخصية السالبة العدوان . كما أن هناك ما يدل على وجود عنصر عدوانى كامن وآخر استفزازى غير صريح فى شخصياتهم (مالينو ١٩٨١ أ) . ويتضح هذا الجانب بشكل خاص عند إدخالهم المستشفى . أما فى العيادات الخارجية فتبدو الشخصية الاعتمادية مرتبكة ولا هوية لها ومهمومة وقلقة وقابلة للعلاج .

حالة

كانت الآنسة س ٢٩ سنة تعمل «جرسونة» فى مطعم وتشكو من أعراض اكتئابية بسبب تغير علاقتها بصديقتها الآنسة ص التى تبلغ ٣٥ عاما التى تعرفت عليها منذ أن كانتا فى الجامعة والتى كانت تتبعها فى كل

مكان تذهب إليـه . وعندما ذهبت أزهار إلى لندن للزواج رافـقتـها س. وبعـد فـشل الزواج ، قـامت الفـتـاتان بجـولة فى أوروبا ثم عـادتا إلى الولايات المتحدة . ومن الواضح أنهما كانتا تستمتعـان برفقتهما لبعضهما . وكانت علاقـتهما تكافلية ولم يكن فيها أى جـانب جنسى . وكانت س تعتمد اعتمادا شديدا على نصائح ومساندة ص لها ، وخاصة أثناء تعرضها لنوبات الاكـتئاب . وفى الـوقت الذى صعدت فـيه ص السلم الوظـيفى استـمرت س فى ممارسـة أعمال تدرّ عليـها دخلا ضـئيـلا . وكانت ص متفوقة على عبير أيضا فى العـلاقات الاجتماعية ؛ إذ كانت تصادق دائما الأفضل بينما تصادق عبير الأقل شأنا . ومنذ فترة بسيطة ، بدأت ص فى تعاطى الكوكـايين . وبالرغم من تعاطى عـبير الكوكـايين أيضا بناء على إلحاح صديقتها فإنها لم تكن تحـبه كما كانت تشعر بالقلق على ص . وكان ذلك هو سبب حضورها للعلاج .

يتضمن العلاج مزيجا من العناصر التدعيمية والدينامية مع استخدام الأولى فى البداية . ونبدأ العلاج فى العادة بدعم اعـتماد المريض على المعالج ثم نقوم بعد ذلك باتباع النقيض ؛ أى تشجيعه على التعبير عن نفسه وتأكيد ذاته (بيرى ١٩٨٩) . ومن حسن الحظ ، سهولة إعادة تكوين علاقة اعـتمادية فيما بعد ، يقوم المعالج بتفسيرها بالأساليب الدينامية . ويتطلب ذلك تكوين اعتماد صريح ومقنع أثناء شعور المريض بأن المعالج يمثل شـخصية أبوية (جولدمان ١٩٥٦) . ولتسهيل تلك الاعتمادية فى مرحلة مبكرة ، تقوم بمعاملة المريض معاملة خاصة ونمنحه بعض الامتيازات ، مثل وقت إضافى أثناء الجلسات . وقد يشعر المعالج بطرح مقابل قـوى يتخذ صورة الغضـب من شعور المريض بجدارة واستـحقاق ليس لهما مبرر ومن ضعف دافعيته وعجزه المبالغ فيه والذى قد يزداد مع ازدياد الطرح المضاد . وقـد يشعر بعض المعالجين بـالإرهاق بسبب ما يفرضـه عليهم الاهتمام المطلوب ، وهو أمر يقدره المريض بخلاف المصـابين بالشخصية البينية . وعلى أى حال ، فإن الاهتمـام المبكر يغذى الطرح وعناصر العلاج التدعـيمية

المبكرة ، مثل تشجيع المريض على التغلب على قلقه عند اتخاذه للقرارات ومساندة ردود فعله عند شعوره بخيبة أمله فيمن يحميه . ونقوم فى نهاية الأمر بفطم المريض من العلاج وتوجيهه نحو الاعتماد على نفسه . وينبغى على المعالج إشباع حاجة المريض للنصيحة بصورة جزئية ، مع تشجيعه فى نفس الوقت على اتخاذ قراراته مبينا له أن ارتكاب الأخطاء لا يعيبه . ومع توالى تشجيع المريض على تأكيد ذاته وتجريب طرق جديدة لإنماء احترامه لذاته ، تحل علاقات اجتماعية تصف بالندية مكان علاقته غير المتكافئة مع المعالج . ومع نمو استقلاليته ، يضيف المعالج عناصر دينامية للعلاج عند الحاجة ، مثل تفسير ازدواجية المريض ، وقلقه من إثبات ذاته بطريقة مسئولة ، وشعوره بالغضب ، واستخدامه لآلية التكوين العكسى مع من يعتمد عليه .

الشخصية السالبة العدوان

من ضمن وسائل الاستجابة المعقدة للمواقف التى تثير القلق ، استخدام الشخص لعدوانيته بصورة غير مباشرة . وتعكس الوسائل السالبة العدوان هذا التعقيد ، وإن لم تكن عملية فى نفس الوقت كما أنها لا تخدم مصالح المريض . فيقوم الشخص العملى بالتبليغ بأنه مريض للتعبير عن استيائه من رئيسه الذى طلب منه الحضور لمقابلته فى العمل فى الساعة السادسة من صباح الاثنين مع إدراكه الكامل لتبعات مثل هذا الاعتذار ؛ أما السالب العدوان الذى يتعرض لموقف مشابه ، «فينسى» ضبط المنبه على الساعة السادسة فلا يستيقظ فى الموعد ، أو يتوقف فى الطريق لتعبئة سيارته بالوقود حتى «يضطر» للوصول بعد الموعد ، أو لا يحضر للمقابلة أصلا ، ولكنه لا يعترف لنفسه فى الوقت ذاته بشعوره بالغضب . وقد يتغيب عن مثل هذه المقابلات ١٢ مرة على التوالى مما يؤدى فى النهاية إلى فصله من عمله .

نشأ مفهوم اضطراب الشخصية السالبة العدوان من الدراسات التى أجريت على المؤسسات الطبية والعسكرية ، وإن كانت السمات والألاعيب السالبة

العدوان موجودة فى كل دروب الحياة والعلاج . وقد تم تطوير استراتيجيات متنوعة للتعامل معها (مالينو ١٩٨١ ب) . ويعلّم بعض المداخل المريض بأنه قد خلق حوله عالما عدائيا بوسائل لا شعورية ، كما قد نفسر سلوك المريض باستخدام نظرية التعلم الاجتماعى ؛ إذ يتعلم أبناء أب مدمن على الخمر مثلا ، أنهم لا يستطيعون مواجهة سلوك أبيهم المضطرب بطريقة مباشرة . ويمكّن استخدام هذا المنظور التاريخى المرضى من فهم أسباب ظهور سماتهم السالبة العدوان . كما تعلمهم الفنيات السلوكية كيفية التمييز بين تأكيد الذات المقبول والعدوانية المرفوضة .

ويعتمد العلاج التدعيمى على الجانب الانفعالى من الاضطراب . وكما يقول مالينو (١٩٨١ ب) فى عرضه للدراسات الحالية : يعتبر إدراج اضطراب الشخصية السالبة العدوان ضمن مجموعة الشخصيات القلقة اعترافا بأنها تعانى من انفعالات متوقعة كالقلق والاكتئاب والغيظ المكظوم . وتكمن أهمية هذا التوصيف فى تأكيده أهمية تعديل اتجاه العلاج من النمط الدينامى إلى تدعيم تنغيم وضبط الانفعال (مالينو ١٩٨١ ب) .

ويدرك المرضى طبيعة غضبهم المدمرة للذات حتى عند إحساسهم بأن لهذا الغضب ما يبرره . ويمثل هذا الإدراك بابا ينفذ منه العلاج . وعند تأمل اللعبة السالبة العدوان من منظور اختبار الواقع ، نجد أنها ناجحة لأنها تحقق الهدف منها دون تنفير المستهدف . ومع ذلك ، يندر أن يدرك من يستخدمون هذا الأسلوب بشكل مستمر افتضاح أمرهم من مرحلة مبكرة لمبالغتهم فى تقدير فعالية تكتيكاتهم التوافقية . لذلك ، ينبغى وصف تصرفاتهم بصفاتها الفعلية ؛ أى أنها مدمرة للذات ومنفرة للآخرين . وعلى المعالج أن يستشهد بمناورات المريض السالبة العدوان أثناء الطرح ، مثل كثرة تأخره عن مواعيد الجلسات ، حتى يبين له كيف يؤدى سلوكه الشعورى أو اللاشعورى إلى الإخلال بالغرض من العلاقات مع الغير .

يتعاطف المعالج مع المريض المنظم والعنيد والمقتصد ؛ لأن تلك صفات توافقية فيمن يعمل بالطب النفسي . ويستطيع أى طبيب نفسي يحاول جاهدا استرجاع محتويات الجلسة ليعرضها على المشرف عليه أو ذلك الذى يتقلب فى فراشه ليلا وهو يعيش أحداث جلسة اليوم فهم ما نقول . وبالرغم من رضا الشخصية الوسواسية عن أساليبها فى التوافق وعدم سعيها إلى العلاج لهذا السبب ، فإن عددا كبيرا من هذه الشخصيات يعانى لما يشعر به من قلق وتردد وتقلص فى الانفعال . وتستفيد أعراض المجموعة الثانية ، التى سنسميها الشخصية القهرية ، من العلاج التدعيمى . بل إن تردد الشخصية القهرية وانفعالاتها المحدودة ليست إلا دفاعات ضد الأصالة والتلقائية والمسئولية فى رأى شابيرو (١٩٦٥) الذى ينبغى على كل معالج مبتدئ يريد التعامل مع هذا النوع من الحالات الاطلاع على وصفه الساخر لها . وعند انتقالنا إلى الأجزاء العميقة من النفس ، تتضح لنا ضرورة رؤية سلوك الشخص القسرى ، السادى والمؤلم والمتسلط فى عنف ، على حقيقته بدلا من الالتفات إلى ما يستخدمه من تفلسف وتبرير . وتحتاج هذه العملية إلى اتباع مدخل دينامى وإلى معالج يجسد الغموض والحيدة التحليليتين . ويولد المعالج «المهرجل» الذى يبدو مكتبه غير مرتب الحنق الشديد فى نفس المريض الذى قد يحتاج لبعض الوقت حتى تهدأ أعصابه .

فلماذا ، إذن ، استخدام الوسائل التدعيمية فى علاج الشخصية القهرية طالما كانت الأساليب الدينامية متوفرة ؟ والرد أن لاستخدام العلاج التدعيمى فى تلك الحالات ثلاثة أسباب :

أولا : يشارك هؤلاء المرضى ، ولاسيما من يعملون منهم فى المؤسسات العسكرية ، فى جلسات العلاج الأسرى أو الزواجى لانعكاس نظامها الصارم وطبيعة علاقاتها المبتعدة والمتحكمة على علاقاتهم بأبنائهم . ويحاول الأبناء

التعامل مع هذا الوضع على أفضل نحو مستطاع ، وذلك بارتكابهم أعمالا استفزازية تجعل الأسرة كلها تطلب العلاج . والمدخل التدعيمي في هذه الحالة يشبه الأسلوب الفردي المتبع مع الشخص القهري ؛ بمعنى أنه لا يضعف سلطته ولكنه يستعمل لتأكيد اختبار المريض للواقع . فنقول مثلا للأبوين المتسلطين إن أسلوبهما غير مجدٍ ، ونلمح لهم أن ذكاءهم يمكنهم من التوافق مع هذه الحقيقة واستخدام أسلوب مختلف .

ثانيا : يقاوم القهريون الانتظام في العلاج الدينامي بشدة .

ثالثا : أن منهم من يستخدم آليات دفاع تحول متانتها دون استمرار العلاج الدينامي . وبالرغم من استحالة نصح المريض لرفضه الاستماع للنصح أو استهانته به ، فإن المعالج يستطيع بدلا من بذل النصح التركيز على القلق . فيساعد المريض على استكشافه عن طريق تدخلات توجيهية لا تحمل في طياتها نقدا له وتركز انتباهه على الأفكار المثيرة للقلق كما تمنعه من استعمال قوائم لأنشطة تشغل وقته وتغص بالتفاصيل التافهة .

ومن الصور الإكلينيكية التي تظهر على المريض انغماسه في أفكاره وضآلة تعبيره عن انفعالاته . ولا نحاول في أول الأمر تعرية نبراته الانفعالية ، بل نبدأ بوضعه الحالي ؛ أي نركز على طريقة تفكيره بدلا من انفعالاته وفق منهج العلاج التدعيمي المتبع في العادة . وتلك مهمة شاقة . ولكن مصاحبة المريض في رحلته مع التبرير والتفلسف المفصل ، قد يهيئ الجو لإدراكه بأن الانفعال يقوم أيضا بتوجيه تصرفاته .

الفصل الثانى عشر
مداواة الأزمات

كلمة «أزمة» مصطلح نسقى يتضح معناه من استعمالنا له فى مصطلحات مثل : أزمة عسكرية ، أزمة اقتصادية ، أزمة هبوط سكر فى الدم ، وأزمة إيمانية . وتُعرّف الأزمة النفسية بأنها موقف يتصف بعدم الاستقرار وغموض المآل ، تنهار فيه قدرة الشخص على المجابهة بصورة مؤقتة . وقد تنشأ مثل تلك الأزمات من وقائع وأحداث خارجية أو من عمليات داخلية أو من مزيج منهما . وتحل الكثير من تلك الأزمات حلا مرضيا من تلقاء نفسها (أى دون أى تدخل) . ولكن لما كانت الأزمات النفسية تحمل فى طياتها خطر حدوث نتائج مدمرة فإن فترة من العلاج غالبا ما تفيد .

أزمة المريض المتمكن
أسس مساندة الأزمة المحدودة الأجل

تعود أسس مساندة الأزمة الحديثة إلى جهود إريك ليندمان بعد حريق نادى كوكونات جروف الليلى فى سنة ١٩٤٢ (ليندمان ١٩٤٤) ، الذى انصبت جهوده أساسا على حالات الفجيعة سواء من سبق لها المعاناة من الاضطراب النفسى أم لا . وسنقوم فى جزء لاحق من هذا الفصل بالتعرض لبعض إسهاماته .

إن برنامج مساندة الأزمة محدود الأجل فى حد ذاته ، حتى لو أدى إلى علاج نفسى مختصر . ويختلف التدخل فى الأزمات عن العلاج النفسى المختصر بصورة كبيرة . فنقوم باختيار المرضى بعناية قبل استعمال العلاج المختصر ، بينما يختار مرضى التدخل فى الأزمة أنفسهم بأنفسهم ، كلٌ وفق حاجته . ومما يؤكد ذلك أن سيفنيوس مؤسس العلاج النفسى المختصر المثير

للقلق يفرق بين «مساندة الأزمة» CRISIS SUPPORT المستخدمة فى حالة من يعانون من المشاكل الانفعالية الشديدة وضعف تكوين الشخصية ، و«التدخل فى الأزمة» CRISIS INTERVENTION الذى يستعمل مع الأصح والأقدر على تعلم تحسين أدائهم (سيفنيوس ١٩٨١) .

ويحتاج كل من يمرون بالأزمات إلى علاج تدعيمى من وجهة نظرنا . وقد يكون الأصحاء أقدر على تحمل ضغوط المواجهة التفسيرية والأساليب العلاجية الإضافية . ويناسبهم العلاج التدعيمى بصورة أفضل ؛ لأنه يمنحهم فسحة من الوقت يتمكنون خلالها من إعادة توافقهم باستخدام إمكاناتهم الذاتية . كما أن احتمالات اعتمادية هؤلاء المرضى أثناء فترة العلاج القصيرة تبدو بعيدة . وبالرغم من وجود خطر ظهور الاعتمادية على المعالج ، يستخدم العلاج التدعيمى فى علاج الشخصيات الهشة ومن يعانون من تعطل وظائفهم النفسية لزيادة احتمال انهيارهم على المدى القريب عند استخدام المداخل التى تضعف وسائل الدفاع . وسنستخدم مسمى «التدخل فى الأزمة» للإشارة إلى هذا النوع من العلاج التدعيمى . وبالرغم من صلاحيته للتطبيق على أية أزمة ، سنكتفى بتناول القواعد العامة لعلاج الأزمات ، والفجيعة ، ومحاولات الانتحار . ويستطيع القارئ العثور على التدخلات الخاصة بالكوارث وضرب الزوجات والاغتصاب والأزمات الذهانية وغيرها فى مراجع كثيرة (باسوك وبيرك ١٩٨٤ ؛ هيمان ١٩٨٨) .

ويتم حل الأزمات بواسطة جهود فريق من متخصصين مختلفين فى الرعاية وفى اتخاذ القرارات . ودعونا الآن نقترب من الأزمة وأن وجهة نظر معالج طلب منه الإشراف على مريض ، والذى عادة بعد اتضاح وجود أزمة تحتاج إلى المزيد من العلاج من التقييم المبدئى للحالة . وقد تجرى المقابلة الأولى فى اليوم التالى على اتخاذ قرار عدم إدخال المريض المستشفى فى غرفة طوارئ مستشفى عام ، أو بعد مكالمة هاتفية يطلب أثناءها المريض العلاج ؛ أى

خلال فترة زمنية قصيرة تمكن المعالج من تكوين فكرة بسيطة عن الحالة . وقد يكون قد سبق للفريق بحث إمكان استعمال فنيات أخرى أو قد ينصح باستعمالها عند الحاجة ، مثل : دخول المستشفى أو اللجوء إلى جماعات مساندة الأزمة ، أو العلاج الأسرى .

وعلى عكس مقابلة المريض الذى ينتظر فترة من الزمن حتى يبدأ العلاج الفردى الممتد ، لابد من ضغط المقابلة الأولى مع من يمرون بالأزمات بحيث تشمل التقييم والعلاج . لذلك ، نشبه خصائص المقابلة الأولى فى هذه الحالة بخصائص المقابلة الثانية فى العلاج النفسى الممتد ، لتركيزها على التحدث بهدوء عن مشاكل هنا والآن التى دفعت المريض إلى الحضور واهتمامها بصورة أقل بتفاصيل تاريخ حياة المريض . وقد ينتظم المريض بعد ذلك فى العلاج النفسى الممتد ، مع عدم توفر ضمانات لقيامه بذلك أو قد لا يعود مرة أخرى لإجراء مقابلة ثانية للطبيعة العابرة لمعظم الأزمات .

وقد نشبه كل جلسة علاج تدعيمى مختصر للأزمة بحركة من سمفونية ، لكل منها تركيبتها وجزؤها الختامى ، كما أنها تتضمن فى الوقت نفسه بعض الأنغام التى سيتعرض لها المعالج فى جلسات لاحقة . وقد لا يعرف من يستمع للموسيقى ما الذى سيسمعه ، ولكنه يتوقع أن يعرف مسبقا اسم المؤلف والمقام وعدد الحركات . ويقوم المعالج باتباع نفس هذا الأسلوب ، فيزود المريض ببعض المعلومات عن ما سيحدث أثناء العلاج .

والمريض بدوره ليس مستمعا سلبيا فقط ؛ إذ ينبغى السماح له بالتحدث بحرية لمدة ١٠ أو ١٥ دقيقة حتى يتسنى له تقديم بعض الموضوعات . ويتبع المعالج قاعدة «أكثر من الاستماع فى البداية ومن الكلام فى النهاية» المستنبطة من دراسات تجريبية أجريت على نجاح مقابلات حل الأزمات (راسك وجيرنر ١٩٧٢) . وذلك لأن المريض يتوقع من المعالج أمرين : الاستماع والمساعدة . وقد يشعر بالراحة أحيانا من مجرد وجود من يستمع إليه . لذلك ، يحتاج

المعالج فى العادة إلى الاجتهاد فى التخفيف عن مريضه بعض الشىء فى الجلسة الأولى ، بالإضافة إلى إعداد خطة مستقبلية تبعث الأمل فى نفسه .

حالة

شيلى طالبة عمرها ٢٢ سنة ، تشعر بالكآبة بعد أن هجرها صديقها بعد علاقة استمرت ثلاث سنوات . وتروى لنا قصتها باختصار فيما يلى :

«كنا سنتزوج مجرد تخرج ستيف وعثوره على عمل . . . . ربما كنت أضغط عليه كثيرا . . . . قال فى إحدى المرات إننى أنفقت كل ماله قبل أن يحصل عليه ! إذ كنت أتحدث عن ديكور المنزل الذى سيحصل عليه . . . . ويحتمل أنه كان يشعر أننا لن نستطيع دفع ثمن المنزل . . . لا أعرف ما الذى كان يفكر فيه بالضبط . . . كانت علاقتنا مضطربة وكنت أحاول إنكار ذلك خلال الشهور الأخيرة ، ثم اتصل بى فجأة بدون مقدمات ، وقال لى إن علاقتنا لن تستمر وأنه بحاجة لبعض الوقت حتى يخلو إلى نفسه ، وأنه قد يتعرف أثناء ذلك بفتيات أخريات ، وأنه سيعود إلى تكساس وأسرته بعد تخرجه . . . أحس أنه خاننى . . . لقد قال لى إنى أفرط فى السيطرة عليه . . . . ولا أعرف ماذا كان يقصد من ذلك ! هل تستطيع التحدث معه (للمعالج) ؟ إن كل شىء سيصبح على ما يرام بمجرد عودته إلىّ . لم يتبق سوى خمسة شهور على الامتحان وأحس بالإحباط الشديد . . . لا أريد العودة للدراسة الآن . هل تعلم أن إحدى الطلبات انتحرت ؟ لم يكن أحد يعرفها جيدا ، ولكن يقال إنها انهارت بسبب ضغوط نفسية» .

إن ما قيل ليس إلا جزءاً من المادة التى اعتمد عليها المعالج فى التقييم . ونستطيع أن نتخيل من كلماتها البسيطة أن أدائها كان جيدا ، ولكنها تخاف من شدة رد فعلها لهجر صديقها لها . ويبدأ المعالج فى البحث عن الأسباب التى أدت إلى اهتزاز شيلى ، كما يأخذ مقارنة نفسها بالطالبة التى انتحرت بعين

الاعتبار . إن شيلى تحتاج إلى تطمينها بأن نفس الشيء لن يحدث لها . ونظرا لما لمثل هذا التطمين من جوانب تنبؤية ووزن معرفى ، على المعالج أن يكون واثقا ومطمئنا إلى ما يقول .

إن **مهام شيلى العاجلة** تستحق الاهتمام فى الجلسة الأولى . فقد يكون مقصدها الحصول على موافقة المعالج على تغيبها عن المدرسة بعض الوقت . والحكم على مثل هذه الأمور ليس سهلا ؛ لذلك يفضل المعالج استعراض الخيارات بصوت مرتفع ، فيقول «دعينا نبحث نتائج تغيبك عن المدرسة . إنك لم تتغيبى طيلة العام الدراسى ، وتغيبك بضعة أيام لن يسبب لك الضرر . ومن ناحية أخرى ، قد يساعدك تمضية بعض الوقت مع زميلاتك على عدم التفكير فى صديقك طول اليوم ، فما رأيك ؟» .

ولا يستطيع المعالج بالمقابل إعداد جدول أعمال طويل الأمد لشيلى أثناء المقابلة الأولى . إن ثنائية التفكير أو طريقة «إما أو» من خصائص من يتعرضون للأزمات . ونستطيع أن نلاحظ ذلك من قول شيلى بأن كل شيء سيصبح على ما يرام بمجرد عودة ستيف إليها مرة أخرى . ولهذا النوع من التفكير خطورته ؛ لأنه ينقل نقطة تحكم المريضة إلى الأحداث الخارجية مما يزيد من شعورها بالعجز .

ومع اقتراب الجلسة من نهايتها ، يقوم المعالج ببلورة المشاكل فيقول «لقد بدأت أعرفك ، ويبدو أننى تمكنت من مساعدتك إلى حد ما حتى الآن . لنتفق على أن نتقابل خمس مرات أخرى . . . . وإذا استطعنا حل المشكلات قبلها فلا بأس ، أما إذا شعرنا بأن الأمور ستستغرق وقتا أطول فسنقوم بتعديل خطتنا . يتضح مما سمعته منك أن مقابلة ستيف قد تساعدك . . . هذا إذا ما وافق هو على ذلك . . ولنتحدث الآن عن المرة القادمة أيضا . . قد يساعدك تذكر أن شعورك الحالى يمر به كل من انتهت علاقته بصديق حميم . وهو شعور سيئ جدا ، بالرغم من أننى لا أعتقد أنك تفكرين فى الانتحار ، وأشك

أن مشكلتك ستؤدى إليه . ويمكنك بطبيعة الحال ، الاتصال بى هاتفيا مرة أو مرتين لمدة قصيرة ، إذا ما احتجت للتحدث معى قبل لقائنا فى الأسبوع القادم . لعلك تعلمين أنك قد تتحسنين خلال بضع أسابيع ، ولكنك ستلومين نفسك على فشل علاقـتك العاطفـية ، مـثلما يفعل غـيرك فى هذا الموقف . والسـبب فى ذلك أن الإنسان لا يستطيع أن يرى الأمور من منظورها الصحيح عندما يشعر بالاكتئاب ، ولكننى أعتقد أنك ستتـحسنين وسيقل لومك لنفسك فى نفس الوقت . والآن ، هل هناك ثمة شىء آخر تريدين التحدث عنه قبل أن ننهى مقابلة اليوم ؟ » .

وعلى المعالج أن يستفسر فى هذا الجزء وفى أجزاء قبله من الجلسة عن آراء المريض . وقـد تتراوح ردود فـعل المرضى بين التـعـبيـر عن شكرهم بحـرارة والرفض الصريح للمـزيد من المساعدة ؛ الأمر الذى يضطر المعـالج إلى إجراء تعديلات فى خطته .

ومحور المقابلة اشـتراك المعالج والمريض فى مواجهة مـشكلة لا يد للأخير فيـها . وكما لاحظ كـافينار وآخرون (١٩٨٣) أن المدخل التـدعيمى قد يفـقد المريض استبصاره فى أسباب الأزمة العميـقة (كما حدث بالنسبة إلى ميل شيلى للتحكم) . ويضيفون أن تقوية دفاعـات (مثل التبرير والتفلسف) قد يمثل ارتقاء فى أسلوب المريض فى المجابهة . ولكننا نرى أن المدخل التدعيمى التمهيدى لا يفـسد العـلاقة العـلاجـية أو العـلاج نفســه . وبالرغم من تعـارض ذلك مع النظريات تماما فإننا نسـتطيع من الناحية التطبيقيـة الانتقال إلى أسلوب علاجى دينامى فيـما بعد . فـقد استـعمل المعالج فـى المثال السابق التـخريج (أن هذه الأزمة حدثت لشـيلى) ، والتعميم (الأزمات تصـيب الآخرين أيضا) ، ودعم احترام الذات (أنها لا تتحمل اللوم كله على ما حدث) ، والتطمين (ستتحسن الأمور وأن احتمـال إقدامها على الانتحار بعـيد) . وغنى عن القول ، أن هذه ليست عبارات نمطية يرددها المعالج على المريض ، بل إنهـا تعتمد على ما عرفه عن شيلى وقيامه بصياغته بصورة مقبولة لديها .

ومما يجدر ملاحظته أيضا الأسلوب الحصيف الذى أجّل به المعالج اقتراح شيلى بأن يقوم بمقابلة صديقها ستيف ، دون وصفه بعدم الواقعية . ويضيف التعامل مع الأسرة أو مع شخصيات مهمة فى حياة المريض أعباء إضافية على المعالج ، لن نتناولها هنا . والشغل الشاغل لمن يقوم بالإرشاد فى الأزمات هو صعوبة فرض نفسه على وحدة اجتماعية غريبة عليه ؛ إذ إن بعض الأسر تحل مشاكلها بنفسها وترفض مساعدة المعالج ، والبعض الآخر يبادر بتسليم المعالج صلاحية اتخاذ كل القرارات ، ليقوم بإعادتها إليها فيما بعد . ولا نستطيع معرفة ما إذا كان المعالج بحاجة إلى مقابلة أشخاص آخرين فى حالة شيلى ، ولكننا نجد فى حالات أخرى أن الأسرة أو الزوجين هم أصحاب الأزمة الحقيقيين والذين يجب على المعالج مقابلتهم .

المريض الذى يمر بأزمة أثناء العلاج التدعيمى : زملة الأعراض الحادة والمزمنة فى آن

تؤدى الأزمات إلى مزيد من التدهور فى قدرات متلقى العلاج التدعيمى - المتدنية أصلا - على المجابهة . وقد يستجيب المريض للأزمة - مثل غيره - بالقلق أو الهلع والنكوص لفقدانه وسائل دفاعه الناضجة . وقد تتمثل الأزمة فى فقدان العمل أو المكانة الاجتماعية التى تتطلب الوصول إليها شهورا أو سنوات من الجهد ، الأمر الذى يؤكد له عجزه عن تحقيق نجاح فى مجتمعه . وتمثل الأزمة - فى هذه الحالات أيضا - مثلما يحدث للمرضى ذوى الكفاءة العالية - أثر الضغوط البيئية أو الاضطراب نفسى ، فضلا عن احتمال نشوء الأزمة بسبب العلاج نفسه ؛ إذ قد يلوم المريض المعالج على ما حدث له حتى لو كان العلاج يسير سيرا حسنا .

وعلى المعالج تولى مهمة تعليم المريض كيف يستفيد من الخبرة - وهو ما لا تقوم به المستشفى - وتقويته حتى يتمكن من الصمود أمام الأزمات التى قد يتعرض لها فى المستقبل . ونظرا لما قد تكون مرات دخول المستشفى السابقة قد سببته لهؤلاء المرضى من راحة ، فقد يشعر الواحد منهم بأن الأزمة فرصة تمكنه من التخلص من الضغوط الأسرية والاستقرار فى بيئة مساندة قوية .

ومن وجهة نظر المراقب الخارجى ، فإن التعامل الصحيح مع الأزمات يتخذ مسارا معتادا شأنه شأن بقية العلاجات المتاحة للمريض . ونطلق على هذا المسار «العمل المكشوف» لصالح المريض . ولكن الأزمة تتيح أيضا للمعالج فرصة ممارسة أعمال أخرى «خلف الكواليس» . وهى فرصة لإعادة التعامل مع المريض وإعادة بناء العلاقة به . إن الجدية التى يتناول بها المعالج شكاوى المريض وما يقوم به من تدعيم يؤثر على العلاقة بينهما فى المستقبل . وقد قمنا بتلخيص هذين الجانبين فى الجدول التالى .

جدول (١٢ - ١) جانبان للإرشاد أثناء الأزمات

العمل المكشوف	العمل خلف الكواليس
حدّد الضغوط والمؤثرات التى أدت إلى الأزمة .	حاول التوصل إلى هوية من تأثر بالأزمة فعلا ، وهوية المنظومة التى اختلت وظائفها .
احشد مصادر الدعم الاجتماعى .	تعامل مع الأزمة من خلال الطرح ، وحاول أن تعرف سبب فشل جهودك التدعيمية .
ارفع جرعة الدواء أو فكّر فى استعماله أو افرضه على المريض أحيانا .	لا تتمسك بتشخيصك السابق ، ولا تلزم نفسك بتشخيص المعالجين الآخرين (فقد يكون أول معالج أكثرهم دراية) .

غيّر مكان العلاج (مثل : منازل الأقارب الملاجئ ، إقامة جزئية فى المستشفى أو إقامة كاملة فيه) .	استغل خلافاتك مع أفراد الهيئة الآخرين لصالح المريض .
كثّف العلاجات الأخرى (زد عدد أضف فنيات أخرى) .	دع غيرك يتولى العلاج لفترة حتى مدة العلاجات ؛ أو يبتعد المريض عنك .
تعامل مع مصادر الضغط القابلة للتعامل (مثل الأسرة ، الأصدقاء ، الرؤساء فى العمل) .	ابحث عن طريقة للتعامل مع الضغوط فى الجلسات القادمة .
حسّن قدرات المريض على المجابهة بواسطة العلاج ، وساعد على نمو شخصيته ، تعامل مع تناقض مشاعره بين العدوانية والاعتمادية .	حسّن مهاراتك فى العلاج ، حاول أن تستفيد من الخبرة حتى تعالج مرضاك بشكل أفضل مستقبلا ، وتعامل مع ما تشعر به من طرح مضاد كأن تحمل المريض مسئولية الأزمة بالكامل .

ينبغى على المعالج مساعدة المشرفين الآخرين على المريض والعمل على توفير أفضل مستويات العلاج بأقل قدر ممكن من القيود ، طالما كان تبادل المعلومات بينهما مشروعا . وفى الوقت الذى لا يجوز فيه لمعالج اتخاذ القرارات بالنيابة عن المشرفين الآخرين ، عليه تزويدهم بالمعلومات التى قد يعتمدون عليها فى اتخاذ هذا النوع من القرارات . وقد يضطر المعالج نظرا لمعرفته الوثيقة بالمريض إلى الدخول فى مناقشات محرجة مع غيره من المعالجين حول ضرورة دخول المريض المستشفى من عدمه . ويستحسن فى هذه الحالة أن تتوفر لديه أدلة موضوعية (مثل نماذج محسوسة من اضطراب سلوكه فى منزله) ، بدلا من مجرد انطباعات يصعب على من لا يعرف المريض شخصيا تقييمها .

وفى الوقت الذى تعتبر فيه اضطرابات السلوك (مثل الاعتداء على الغير أو محاولة الانتحار بأسلحة فتاكة) من دواعى دخول المستشفى ، أو اتباع وسائل

علاجية بصورة مكثفة يعتبر تغير السلوك عن مستواه المعتاد من المؤشرات المهمة أيضا . فبعض المرضى يشعر بهلاوس متكررة والبعض الآخر يتعاطى الخمر والمخدرات بصورة منتظمة ؛ ويميل المعالج الجديد الذى يعاين هؤلاء لأول مرة إلى إدخالهم المستشفى فورا ، ولكنه قد يغير رأيه بعد اتصال معالج سابق به ، وشرحه كيف أن المريض يؤدى وظائفه بصورة جيدة بالرغم من وجود الأعراض . وغنى عن البيان أن تغيراً كبيراً فى الانفعال أو فقدان القدرة على الحكم الصحيح أو ظهور هلاوس آمرة يجد المريض صعوبة فى مقاومتها أو تصاعد استخدامه للمخدرات والمسكرات ، تعتبر كلها طوارئ تستوجب التدخل الحاسم . وقد تحتاج نتائج الكشف الطبى الجسمى والعصبى والدواء المستعمل حاليا إلى إعادة نظر . فقد يكون الشعور بعدم الاستقرار الذاتى والحركى الذى يبدو على المريض ناتجا عن الزلز (كثرة الحركة أو الأكاثيزيا) وهو من الآثار الجانبية لمضادات الذهان القوية والذى يرتبط ظهوره بالانتحار .

وسبب آخر للتدخل مع بقية المهنيين هو محاولة معرفة ما إذا كان هناك أى اختلال قد طرأ على العلاقة العلاجية . فالعاملون بأقسام الطوارئ ، شأنهم شأن الاستشاريين ، بستطيعون تقديم ملاحظات جديدة ومنظور جديد بشأن علاج المريض . ومن المهم قيام المعالج أحيانا باستطلاع رأى العاملين فى الطوارئ حول شعور المريض بأن المعالج يعامله معاملة سيئة ، الأمر الذى يتكون أحيانا لدى المرضى .

ويتعمد المرضى أحيانا اللجوء إلى جهات أخرى ، طلبا للعون بالرغم من تواجد المعالج ، الأمر الذى يستوجب اهتمامه . فقد يطلب مريض لا يمر بأزمة فعلية المساعدة من جهات أخرى لإبراز معاناته للمعالج ولأسرته . وقد يتفاقم أمر هذا النوع من «الطوارئ الوهمية» لسوء الحظ ، فيتحول إلى طارئ حقيقى عند شعور المريض المصر على رأيه بأن ما من أحد يأخذه مأخذ الجد (بيرك وبيرك ١٩٨٤) .

وسواء كانت الأزمة وهمية أو فعلية ، فعلى المعالج أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار :

* قد يكون المعالج قد رفض طلب المريض للمعونة عن طريق الخطأ أو ربما يقرر أن مشكلته ليست خطيرة .

* ومما يسرع بظهور القلق والغيظ شعور المريض بأن المعالج سيهجره ، كما يحدث عند إعلان الأخير أنه سيسافر فى إجازة أو ينهى العلاج فيندفع المريض إلى البحث عن التطمين عند شخص يضمن استمراره فى رعايته .

* يشعر معظم المرضى أن الأزمة علامة فشل فيتجنبون اطلاع المعالج عليها . وقد يلوم المرضى أنفسهم أو المعالج على حدوث الأزمة .

* قد تنتج الأزمة من خطأ واضح فى العلاج ، مثل ملاحظة قاسية أو مؤلمة أبداها المعالج .

* قد تنتج الأزمة من تغير دينامى لم يتنبه إليه المعالج مثل ظهور طرح ذهانى .

ونظرا لعدم تحمل بعض المرضى للعلاقة الحميمة القوية مع شخص آخر ، يستحسن توفير مصادر تدعيم مختصرة أخرى بالنسبة إلى هؤلاء ؛ إذ قد يسعى هؤلاء المرضى بفطرتهم إلى تخفيف طرحهم الشخصى للمعالج باللجوء إلى طرح المستشفى ، أو بالأحرى طرح عيادة الطوارئ ذات الصفة غير الشخصية . ويشير بذلك إلى احتمال استفادته بصورة أفضل عند علاجه بواسطة معالج مختلف فى كل زيارة . وأفضل وسيلة للتأكد من ذلك تكليف شخص آخر بالقيام بعلاج الأزمة مع اشتراك المعالجين فى مناقشة ملاحظاتهم فيما بعد . وعلى أى حال ، ففى حالة عودة المريض إلى المعالج الأول ، على الاثنين مناقشة تطور الأزمة والاستعانة الصحيحة بالمعالج حتى يؤدى دوره فى تدعيمها ، مثل السماح للمريض بالاتصال بالهاتف أو قيامه بزيارات دون تحديد موعد سابق .

الميل إلى الانتحار

حاولت عشرات من الدراسات التوصل إلى مؤشرات للتنبؤ بالميل إلى الانتحار حتى تستخدم فى وقاية ذوى الاستعداد للانتحار . كما حاول باحثون كثيرون تصميم مقاييس لتقييم الاستعداد للانتحار . ومن سوء الحظ ، عدم توفر وسيلة نعتمد عليها فى التنبؤ بالاستعداد للانتحار على المدى البعيد لدى المرضى ، بالرغم من معرفتنا العوامل المهيئة (جولدستاين وآخرون ١٩٩١) . والسبب فى ذلك ، أن الانتحار ما زال ، لحسن الحظ ، حدثا نادرا بصورة نسبية . واتضح من معظم البحوث أن ضحايا الانتحار مصابون بالأمراض النفسية التى من أكثرها انتشارا : الاكتئاب ، إدمان الخمر ، والفصام ، بهذا الترتيب . ويستحسن أن يضع المعالج فى اعتباره العوامل المهيئة الخاصة بالمواقف ، بدلا من تلك المتعلقة بالخواص السكانية . وتشمل عوامل الموقف :

* الخروج من المستشفى من فترة قريبة (فى حدود الشهر) .
* الستة أشهر الأولى من علاج الاكتئاب .
* السنوات القليلة الأولى التالية على تشخيص الفصام .
* الأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة .
* المشكلات الاجتماعية المزمنة وانعدام الدعم الاجتماعى ، كأن يعيش الشخص بمفرده .
* تعرض شخص هش لضغوط جسيمة .
* سهولة الحصول على أدوات الانتحار (الأسلحة ، السموم . . إلخ) .
* مؤشرات غير مباشرة على اتخاذه قرار الانتحار ، مثل توزيع المقتنيات أو تغيير الوصية أو بوليصة التأمين .

إن الإفصــاح عن الرغبة فى الانتــحار من الانتشــار بحيث لا يصلح لكى يكون مؤشرا مفيدا مع الأسف . وحتى الهلاوس الآمرة فى الفصام عرض عام لا يفيد فى التنبؤ . وقد تحمى الإصابة بالذهان الشخصية البينية من الانتحار ؛ لأن نسبته فيمن يعانون من الذهان منهم أقل من نسبتها بين من لا يعانون من الذهان (هانوف ١٩٩٠) . والأكثــر فائدة مما سبق فى رأى ميــرفى (١٩٨٨) فى التنبؤ بالانتحار تعبير المريض عن سبب يتعلق بشخصه يدعوه إلى الموت مع غياب عامل مرسّب ملحّ يدعو إلى التفكير الانــتحارى . وبالرغم من انطباق هذه المؤشرات على مرضى كثيرين فإنها أكثر وزنا عند ربطها بتاريخ محاولات سابقة للانتحار ووجود مواقف تعرض المريض لخطر الإقدام عليه من التى سبق لنا ذكرها .

ومما يستدعــى التأمل أن معظم ضحايا الانــتحار يراجعون الطبــيب النفسى قبل انتحارهم بشــهر واحد ، كما أن ١٧٪ قاموا بمراجعــة الطبيب النفسى فى نفس اليوم الذى انتحروا فيه (روى ١٩٨٩) .

ويجب أن يتناول علاج مــن يحتمل انتــحارهم بالوسائل التــدعيمــية أولا وقبل كل شىء العــلامات والأعراض ، مــثل الاكتئــاب أو عدم سواء التــفكير اللذين قد يؤديان إلى الانتحار ، ومعالجة الاضــطرابات النفسية المصاحبة إن أمكن مثل : الاكتئــاب والإدمان والخلافات الأسرية . ويستطيع المعــالج العثور على مصادر أخرى للدعم حتى فى أكثر الحالات انعزالا . وعليه أن يبين من المسئول عن متابعــة الأعراض ومن المسئول عن اتخاذ الإجراءات المناســبة . وينبغى أن تملك جهة أو أكثر من تلك الجهات صلاحية القرار بإدخال المريض المستشفى . كما ينبغــى توضيح من المسئول عن المريض فى حالة غيــاب الطبيب النفسى أو المعالج الأصلى ، كــما يجب على المشرف الثــانى أن يكون قادرا على مبــاشرة المريض وألا يكتــفى بمجرد التــواجد عند الحــاجة . ويجب أيضا تــوضيح دور الأشخــاص الآخرين الموجودين فى بيــئة المريض مثل تكليف أحــد أقاربه على وجه التــحديد بالتــخلص من الأدوية التى قد تستــخدم فى الانتــحار . وعلى المريض ومن لهم صلة به أن يكونوا على بــينة بالإجراءات المتبــعة عند الحــاجة

للحصول على المساعدة فى غير وقت الجلسات . وعلى المعالج عند الاتصال بالأشخاص المهمين فى حياة المريض توضيح مضمون الرسالة التى سيقوم بتبليغها وسبب إقدامه على ذلك للمريض حتى لا يشعر بأن المعالج يفشى أسراره . ويصبح العلاج فى داخل المستشفى موصوفا ، إذا بدا أن قيام الشخص بالتلويح بالانتحار بصورة خطيرة قد أصبح محتملا . وكلما ازدادت قابلية المريض للانتحار زادت ضرورة إدخاله المستشفى إلحاحا ؛ وذلك لميل البعض إلى تجنب إدخال ذوى القابلية الثابتة والمزمنة للانتحار فى المستشفى .

وفى الجدول (١٢ - ٢) قائمة بالتدخلات التدعيمية المستخدمة فى إطار علاجى مرتب يقلل من مخاطر الانتحار فى المستقبل . وتأخذ هذه التدخلات بعين الاعتبار أن خيار الانتحار يعكس انحصار التفكير لدى شخص مضطرب يحول فى الوقت نفسه التخفيف من ألمه النفسى الناتج عن إحباط احتياجاته (شنايدمان ١٩٨٤) .

ويساعد تحديد دوافع المريض فى تحديد طرق التدخل ؛ إذ يقول أغلب المرضى إنهم يشعرون بيأس شامل لا مخرج منه إلا بالانتحار ، بينما تحاول قلة منهم الإقدام عليه بوصفه وسيلة للتعبير عما يشعرون به أو يهددون به لدفع الآخرين إلى تنفيذ طلباتهم (كوفاكس وآخرون ١٩٧٥) . وعلى المعالج أن يسعى إلى التعاطف الفاهم مع مشاعر المريض إلى أقصى حد ممكن من الناحية العملية ؛ لأن شعور المريض بأن موقفه اليائس يستعصى فهمه على الآخرين قد يدفعه إلى الانتحار .

جدول (١٢ - ٢) خطة من يميلون للانتحار أو من سبق لهم محاولة الانتحار

عالج الأعراض والاضطراب النفسى المصاحب إن أمكن .
اسأل المريض عن أفكار الميل إلى الانتحار حتى لو لم يذكرها ، وتشمل الأسئلة التالية :
* آخر محاولة انتحار قام بها .
* أفكار أو محاولات انتحار فى الماضى .

* تاريخ انتحار فى الأسرة ؛ إذ يشعر بعض المرضى بأنهم يتبعون تقليدا أسريا عند محاولتهم الانتحار .

* الذكرى السنوية لأحداث مهمة مثل وفاة الزوجة (حيث يشعر الزوج أن الانتحار يؤدى إلى لحاقه بزوجته) .

* تعامل مع ميل المريض إلى حل مشاكله باتباع أساليب جذرية .

* ابحث عن دوافعه واستخدامها فى العلاج .

* استكشف معنى الموت والانتحار بالنسبة إليه وما يتخيله عن مآله ، مثل رد فعل الآخرين .

* قلّل عدد أدوات الانتحار الموجودة فى متناول يده ، مثل الأسلحة والأدوية . . . إلخ . وكذلك المواد التى تسبب له الاكتئاب وتضعف سيطرته على نفسه كالخمر والمخدرات والعقاقير .

* حاول تزويده بعناصر الدعم الاجتماعى التى تنقصه (العمل ، الروابط الأسرية ، إلخ) .

وعند وصف الدواء :

* تجنب تكرار الوصفات بصورة روتينية ووصف كميات كبيرة قد يؤدى استعمالها للوفاة .

* راجع طريقة علاج التسمم من الدواء الذى يستخدمه المريض تحسبا لقيامه بزيادة الجرعة .

* أخطر المريض سلفا عند اضطرارك للتغيب بقدر المستطاع ، وبيّن له أن معالجا آخرا سيقوم بالإشراف عليه ، وأن عليه مواظبة الحضور .

* حاول معرفة معنى الانتحار بالنسبة إلى المريض حتى تتمكن من العثور على وسائل بديلة .

إن الإلمام بالدوافع الخاصة بكل مريض قد يشكل أساسا للعلاج الموجه إلى الأعـراض . فيبين المعالـج مثـلا للمريض أن لا ضرورة للانتحار أو التلويح به ؛ ولأنه يمكن إيجاد وسائل بديلة لتحقيق نفس الأهداف . وقد يتطلب الأمر قيامه ببعض الاتصالات خـارج إطار الجلسات بالنيابة عن مريضه ، كـالحصول على مسكنات للألم من الـطبيب الذى يعالج السـرطان الذى يعانى منه أو مسـاعدة المريض على الحصـول على إعانة من وزارة الشئـون الاجتمـاعية . كمـا يقوم المعالج بتـحويل الأهداف غير الممكنة لمريض الفـصام الصغيـر السن أو لمصاب بالخـرف المبكر أو لمتعـافٍ من الاكتـئاب إلى أهداف ممكنة التطبـيق . ويلاحظ القارئ أننا أسقطنا من القائمـة السابقة عقود الامتناع عن الانتحـار التى يبرمها معالجون كثيرون - ونحن من ضمنهم - مع المرضى ، والتى لا تمثل فى الواقع إلا مخرجا سريعا لتوفير وقت المعالج ، وليست وسيلة تزيد من فعالية العلاج .

الفجيعة

الفجيعة رد فعل شائع لا يمكن تجنبه لوفاة شخص عزيز ، تؤدى غالبا إلى أزمة تحتاج إلى دعم مـتخصص . وبالرغم من اختلاف تعريفات الفجـيعة فإننا نستطيع تقسـيمها إلى **الأسى** الذى يمثل شقها النفسى الداخلى ، **والحداد** الذى يمثل مظهرها الاجتماعى (دابين ووايس ١٩٨٧) .

لقـد وجـد فرويد فى «الحـداد والملانخوليا» (١٩١٧ [١٩١٥]/ ١٩٥٧) أن الاكتئاب والفـجيعة المرضية يشـتركان فى تقمص المريض لخصائـص الفقيد الذى يشعر نحـوه بتناقض وجدانى . وتتحول المشـاعر العدوانية المتجـهة نحوه إلى الذات فتـتولد مشـاعر الذنب الاجترارية ويتـدنى احترام الذات وكـلاهما مُلاحظ فى الاكـتئاب ، وإن شكك علماء لاحـقون فى صحة هذه العـلاقة . ولعله من المهم أن نلاحظ أن هناك أوجـهًا للشبـه بين الاكتئـاب والفجيـعة ،

ولكن الأهم أن ندرك أن الفجيعة **تختلف** عن الاكتئاب . ويرى باحثون كثيرون فى الوقت الحاضر (مثل ووكر ١٩٨٣) أن احترام الذات لا يتأثر فى حالات الفجيعة ، بينما لا يرى آخرون مثل هورويتز (١٩٨٧) أية غرابة فى أن تؤدى الفجيعة إلى تدنٍ شديد ومؤقت فى احترام الذات .

ويحدد ليندمان (١٩٤٤) فى مقاله الكلاسيكى عن الفجيعة الحادة ، خمس خصائص مميزة وخاصية سادسة محتملة للفجيعة السوية :

١ - معاناة جسمية .

٢ - الانشغال بذكرى الفقيد . ويرى بعض الباحثين أنها تشمل الحنين إليه والبحث عنه .

٣ - الشعور بالذنب .

٤ - العدائية .

٥ - التخلى عن أنماط سلوك سابقة على حدوث الفجيعة .

٦ - ظهور سمات المتوفى فى سلوك الثكالى .

وعادة ما يستجيب من ظل على قيد الحياة بالاكتئاب لوفاة من يحبه ، وهو ما يسمى بالفجيعة الخالية من المضاعفات والتى تنتهى تلقائيا بعد مرور سنة أو أكثر . وكثيرا ما يتمنى الثكالى الموت ، ولكن دون قيامهم بالتخطيط للانتحار . كما يركز الأحياء على ما كان ينبغى عليهم القيام به لإنقاذ المتوفى أو ما قاموا به من إساءة إليه ، أو مجرد صعوبة الاستمرار فى الحياة دونه . ويكثر ظهور الأعراض الجسمية التى تشبه تلك الخاصة بالاكتئاب الجسيم ، مثل فقدان الشهية والأرق . ولكن ظهور أعراض أشد يعنى تحول الفجيعة إلى اضطراب الاكتئاب الجسيم أو الفجيعة المرضية . كما ينبغى على المعالج الانتباه

إلى احتمال وجود نوبات اكتئاب مكتملة ، ولاسيما بين صغار السن من الأرامل الذكور والإناث ممن سبقت لهم الإصابة بالاكتئاب (زيسوك وشاكتر ١٩٩١) .

وقد لاحظ ليندمان ، أيضا ، ظواهر الفجيعة المؤجلة والغائبة واستثارتها عند حدوث وفاة فى المستقبل أو بلوغ المعنىّ بالأمر سن المتوفى (استجابة الذكرى السنوية) . وقد أثبتت بحوث لاحقة كثرة حدوث تلك المشكلات بين المصابين بالاضطرابات النفسية . وتفيد دراسة حديثة بأن ١٧٪ من المترددين على العيادات الخارجية للعلاج يعانون من فجيعة لم يتم حسمها ولا علاقة لها بطول المدة المنصرمة منذ حدوث الوفاة (زيسوك وآخرون ١٩٨٥) .

وللتوافق مع الفجيعة مراحل تشبه تلك الخاصة بالتوافق مع الوفاة الوشيكة . ويصف بولبى وباركس على سبيل المثال أربع مراحل من الاستجابة :

١ - ذهول مبدئى تتخلله نوبات من الغضب والألم .

٢ - فترة ممتدة محتملة من الاحتجاج تشمل البحث عن الفقيد .

٣ - مرحلة التفكك والقنوط .

٤ - التوافق والتماسك فى نهاية الأمر (فولكان وجوزيفتال ١٩٨٠) .

ويحدد هورويتز (١٩٨٧) ، باستخدامه نموذجًا عامًا قابلاً للتطبيق لكل تلازمات الاستجابة للشدة ، خمس مراحل قد يمر الشخص بها بصورة سوية أو مرضية :

١ - الصرخة .

٢ - الإنكار .

٣ - الإقحام .

٤ - شق الطريق WORKING THROUGH .

٥ - الاستكمال .

ولكل مرحلة منها استجابات تقليدية ، وأخرى مرضية (انظر الجدول) .

جدول (١٢ - ٣) مراحل الاستجابة للأحداث الصادمة

المرحلة	الاستجابة التقليدية	الاستجابة المرضية
الصيحة	الذهول وتكذيب ما حدث ، التعبيرات التحذيرية ، العجز عن استيعاب الصدمة .	الهلع الشلل الإرهاق
الإنكار	السرحان والغشاوة ، اضطرابات النوم ، النسيان ، عدم الاعتراف بمعنى الحادث والعجز عن استشعار ملابساته . الحذر واستجابات جسمية مكفوفة ، استجابات اجتماعية مبالغ فيها ، انسحاب وعدم الحسم .	التجنب غير المتوافق الانسجاب الاجتماعى الانتحار الإفراط فى تعاطى المسكرات أو المخدرات ، الاندفاع الرهابى المضاد COUNTERPHOBIC
الإقحام	إفراط اليقظة ، الجفلة ، استمرار اضطرابات النوم ، الانشغال بالحادث ، وانفعالات قوية مرتبطة به ، استجابات جسمية تنبيهية ، البحث عن الفقيد .	حالات يشعر أثناءها بأنه «غرقان» مضغوط ، مرتبك ، منهار ، أو مندفع . اختلال الوظائف الفيسيولوجية .
شق الطريق	ظهور وتنظيم قرارات ونوايا ومعتقدات جديدة ، التمكن من التلاؤم مع الحياة بعد الحادث .	فى حالة عدم حدوث شق الطريق ، تظهر : القلق ، الاكتئاب ، حالات من البيات الشتوى المتخشب وتغيرات نفسية جسمية .
الاستكمال	التوصل عن طريق عمليات فكرية وانفعالية إلى حالة يشغل فيها الحادث حيزا معقولا من الذاكرة مع عدم استمراره فى تسبيب الإزعاج .	عدم إتمام هذه المرحلة يؤدى إلى العجز عن العمل والإبداع والحب .

يشترك مدخل بولبى وباركس من جهــة ، ومدخل هوررويتز من جهة أخرى ، فى افــتراض ضرورة حــدوث استكمــال أو غلق معــرفى وانفعــالى للخــبرات الصادمة ومن ضمنها الفجيعة . وقد اتبع ليندمان شخصيا هذا المدخل ، عندما عرّف استمرار العمل فى الفجيعة بأنه يتطلب تنفيذ ثلاثة عناصر : «التحرر من العــبودية للفــقيــد ، وإعادة التــوافق مع بيــئة رحل منهــا ، وتكوين علاقــات اجتــماعــية جديدة» (ليندمــان ١٩٤٤) . ويعتــقد هوررويتــز (١٩٨٧) أيضا أن الاستكمال يتكون من التنسيق المعرفى والانفعالى الذى يضع الحدث الصادم فى إطار معقول فى داخل ذاكرة المصاب .

والاستنتاجات التى نتوصل إليها مما سبق من الأهمية بمكان بالنسبة إلى العلاج التدعيمى . ففى دراسة حديثة (فارجاس وآخرون ١٩٨٩) أجريت على مرضى غيــر مصابين باضطرابات نفــسية ، قام البــاحثون باســتخدام التــحليل العاملى لتقســيم الفجيعــة إلى الطوائف الأربع التى وصفها ليندمــان أصلا : الأعراض الاكتئابية ، الاحتفاظ بذكرى الفــقيد حية ماثلة فى الأذهان دوما ، أو ما يطلق عليه تحنيط الفقيد ، التفكير الانتحارى ، والنقمة على الفقيد التى يُعتقد أنها تنبع من اتجاهات عدائية غير محــددة ، وأنها تعمل فى اتجاه معاكس للميل إلى تحنيط [(١)] الفقيد . ولذلك ، فإن التعبير عن العدائية العملية قد تظهر من عملية الإقلال من الانشغال بالفقيد . وقــد قام هوررويتز (١٩٨٧) على نحو مشابه برسم الخطوط العريضة لعملية إعادة تنظيم الأفكار وتقــييم الحادث الضروريين وما يرتبط بهما من أفكار يحاول الثاكل استــبعادها . وتتباين المداخل التى يستعــملها المعالجون المختلفون . ويرى مــعظمهم أن التعبير اللفظى والتنفــيس عن الأفكار المشحونة بالانفعال جــزء من عملية تفريغ مفيــدة . ومع ذلك ، فإن المريض الذى يعانى من التثبيت فى مرحلة الفجيعة المزمنة يستخدم التنفيس للتهرب من المضى قدما

---

(١) التحنيط MUMMIFICATION هو الاحتفاظ بممتلكات ومتعلقات الميت على حالتها بعد وفاته . فتظل غرفته أو كتبه مثل ما كانت قبل أن يموت . (المترجمان) .

فى الحياة مثل مرضى الاكتئاب ، وينبغى بالتالى عدم تشجيعه على اجترار الأحزان .

وفى الجدول التالى خطة انتقائية للعلاج التدعيمى المستخدم فى التعامل مع نتائج الفجيعة المباشرة . وقد تناول كل من قاسم (١٩٨٨) ووايس (١٩٨٧) بنودا عديدة منها بالتفصيل .

جدول (١٢ - ٤) العلاج التدعيمى للفجيعة

التنفيس (ما عدا فى حالات الفجيعة المزمنة) ؛ تجنب التطمين النمطى .
استعراض ملابسات الوفاة .
تقبل اتجاهات المريض غير الواقعية التى ظهرت بعد الفجيعة مباشرة (مثل : توبيخ النفس ، التوحد مع الفقيد ، الحنين إلى عودته) .
مساعدة المريض على القيام بأنشطته الحالية التى يعجز فعلا عن القيام بها .
مساعدة المريض على تكوين علاقات جديدة .
وصف الدواء عند الحاجة .
تحسين وسائل المريض الدفاعية وتقوية أوجه ضعفه .
تشجيع طقوس الحداد .
وضع الوفاة فى إطار أوسع (أ) .
التعامل مع غضب المريض على المتوفى ورغبته فى الانتقام منه ، إن وجدت .

(أ) استعرض الجوانب الفلسفية والدينية والاجتماعية ؛ قد يستفيد المريض من قراءة السير ؛ تفيد جماعات العون الذاتى ولكنها قد تشجع نشوء الفجيعة الزمنة .

ويحتاج الإرشاد النفسى لمريض الفجيعة الذى يتلقى العلاج التدعيمى إلى مزيد من التفهم لتفاعلات مرضه النفسى مع فجيعته . وتظهر ازدواجية المشاعر نحو الفقيد بشكل بارز لدى مرضى الفصام ، بل إن بعضهم قد يجد صعوبة فى الحداد لهذا السبب . ومن ناحية أخرى ، لا يحتاج المرضى الذين لم تكن تربطهم بالمتوفى علاقة قوية إلى الحداد أو إلى حثه على القيام به . والمشكلة الرئيسية ، لدى عدد كبير من المرضى الاعتماديين ، كما لاحظ ليندمان فى صياغته الأصلية ، هى فقدان أنماط السلوك التى كان المتوفى يقوم بدعمها . وتحتاج مثل هذه الحالات إلى دعم اجتماعى إضافى ليحل محل دور المتوفى ويمنع النكوص .

حالة :

الآنسة كارسون ، ٣١ سنة ، تعانى من الفصام الوجدانى ، وحالتها مستقرة ، كانت تعانى فى الماضى من نوبات الهلع وسمات الشخصية الاعتمادية . عاشرت المريضة المستر ميلر لمدة ٦ سنوات ، وكان يكبرها بعشر سنوات . وكانت علاقتهما مستقرة ومصدر إشباع كبير لها . وكان ميلر يعانى الصرع . وفى يوم من الأيام تلقت الآنسة كارسون مكالمة هاتفية من المستشفى مفادها أن ميلر أصيب بنوبة صرعية وتوفى أثناء وجوده فى العمل . فقامت على الفور بالاتصال بمدير حالتها الذى تحدث معها لمدة طويلة ، وطلب منها الحضور فورا لتلقى الإرشاد النفسى . وفى اليوم التالى ، قام معالجها بترتيب لقاءات معها كل بضعة أيام أثناء الأسبوع التالى . كما قابلت الآنسة كارسون فى العيادة أشخاصا آخرين يعرفونها جيدا والذين قاموا بتعزيتها ؛ بحيث أمكنها التعبير عن فجيعتها أمامهم دون الشعور بالحرج . وكان من ضمنهم مرضى آخرون يحضرون معها إلى عيادة بعد الظهر . واطمأنت الآنسة كارسون إلى وجود من تستطيع التحدث معه يوميا ، إذا ما احتاجت إلى ذلك .

واستمع المعالج أثناء الجلسات إلى تفاصيل أزمة الآنسة كارسون ، والتى كان من ضمنها شعورها بالضياع بعد وفاة مستر ميلر المفاجئة . ولكن المعالج شعر بأن انشغال الآنسة كارسون بمشاكلها الخاصة أكثر إلحاحا ؛ إذ كانت تعتمد على دخل ميلر لدفع إيجار مسكنها ، كما لم تكن تملك أية مدخرات . وكان لميلر بوليصة تأمين على حياته ، ولكنها لم تكن زوجته شرعا . ولذلك ، أصبحت تشعر بالغضب لأنهما لم يتزوجا . ولاحظ المعالج طول مدة علاقتها بميلر ، وشعر بأن توقعها الحصول على جزء من قيمة البوليصة أمر معقول «لأن ذلك ما كان ميلر سيريده فعلا» . وبدأ فى التفاوض مع أسرة ميلر لاستطلاع ما إذا كانت على استعداد لإعطاء المريضة جزءاً من قيمة التأمين . وتم ذلك بالفعل . وقام المعالج ، بعد ذلك ، باستغلال وفاة ميلر كمدخل لتشجيع نضج شخصية الآنسة كارسون . فقد أصبحت الآن قادرة على زيادة عدد ساعات عملها فى برنامج العمل بالعيادة ، والذى كانت عازفة عن القيام به فى البداية . وعرض عليها مدير حالتها القيام بزيارتها فى العمل عند ظهور أية مشكلات ، ولكن لم تنشأ ضرورة لذلك . وتمكنت المريضة خلال ستة أسابيع من التوافق مع فجيعتها بصورة ملحوظة ، وعادت إلى اتباع نظام جلستين فى الأسبوع الذى كانت تتبعه قبل وفاة صديقها .

توضح الحالة السابقة عدة نقاط . كان طرح المؤسسة الذى كانت تشعر به المريضة مفيدا من عدة نواح ، من ضمنها تزويدها بمصادر للدعم المتعدد دون ازدياد اعتماديتها على جهة رعاية واحدة . ولهذا الجانب أهمية خاصة عند وضع سمات شخصية المريضة الاعتمادية فى الاعتبار . كما تكونت جماعة دعم غير رسمية من المرضى المترددين على العيادة . وأعيدت صياغة الأزمة بحيث أصبحت فرصة للنمو والتغيير والاتجاه نحو الاستقلالية . كما قام الفريق العلاجى بالتعاون والتكيف لمساعدة المريضة . وهو أمر طبيعى بالنسبة إلى شخصية الآنسة كارسون التى كانت محبوبة من الجميع . ولم يكن الوقت الإضافى الذى حصلت عليه كبيرا ، كما اقتصر على مواعيد العمل الرسمية . وإن كان

اختصار الوقت المخصص لمرضى آخرين واردا ، نتيجة لأزمة الآنسة كارسون . إن مثل هذه التعديلات ممكنة فى مستشفى طب نفسى عام يقدم العلاج التدعيمى لعدد كبير من المرضى .

وأخيرا ، هناك نقطة دينامية جديرة بالاهتمام . ربما كانت فجيعة الآنسة كارسون أكثر ضحالة بسبب مرضها العقلى ، ولكن العكس هو الذى يحدث فى العادة ؛ لأن المريض النفسى أو العقلى المزمن هو الذى ينهار بعد تعرضه لخسارة كبيرة ؛ ولاسيما وفاة الأم . أما فى هذه الحالة ، فقد فطن المعالج إلى عدم حكمة تشجيع الآنسة كارسون على الاسترسال فى الحداد .

وسواء كان المريض يعانى أو لا يعانى من اضطراب عقلى سابق مثل الآنسة كارسون ، فإن العلاج النفسى الممتد ضرورى للتعامل مع المشكلات التى لم يتم حلها . وبالرغم مما قاله ليندمان (١٩٤٤) عن انتهاء الفجيعة السوية خلال بضعة شهور ، تؤكد متابعة حالات الفجيعة ، مثل دراسة زيسوك وآخرون (١٩٨٥) للفجيعة المستمرة التى ذكرناها من قبل ، أنها قد تتحول إلى عملية مزمنة أو مكفولة أو مؤجلة ، بل إن انتهاء الفجيعة السوية قد يستغرق سنوات . وهناك مؤشرات مختلفة للصعوبات التى تحول دون مضى الفجيعة فى مسارها الطبيعى . فقد اتضح من دراسة كلاسيكية قام بها باركس (١٩٦٥) أن لوم الذات ، وصعوبة تقبل حدوث الوفاة ، أكثر انتشارا بين مرضى الفجيعة الذين يترددون على العيادات النفسية من نظرائهم الذين يظلون فى بيوتهم . إن فشل المريض فى الانتقال من مرحلة إلى أخرى ووفاة الفقيد المفاجئة والعلاقة الوثيقة به ، كلها مؤشرات تفيد فى التنبؤ بما سيحدث للمريض مستقبلا من مشكلات ؛ إذ عادة ما يحتاج الأمر إلى علاج ممتد للوصول بالمريض إلى الاكتمال المعرفى والانفعالى المذكورين أعلاه ، فضلا عن حاجة الأعراض الطبية النفسية كالاكتئاب والتبدين SOMATISATION إلى العلاج .

المريض فى الانتقال من مرحلة لأخرى ووفاة الفقيد المفاجئة والعلاقة الوثيقة به ، كلها مؤشرات تفيد فى التنبؤ بما سيحدث للمريض مستقبلا من مشاكل . إذ عادة ما يحتاج الأمر إلى علاج ممتد للوصول بالمريض إلى الاكتمال المعرفى والانفعالى المذكورين أعلاه ، فضلا عن حاجة الأعراض الطبية النفسية كالاكتئاب والتبدين SOMATISATION إلى العلاج .

الفصل الثالث عشر

المرضى المصابون بالأمراض الجسمية

تتداخل الأمراض العضوية والأمراض النفسية فيما بينها تداخلا كبيرا ، كما أن محاولة التمييز بين الأمراض العقلية العضوية والوظيفية الأصل مسألة ما زالت مثارا للجدل . ولعل أوضح مثال على ذلك تراكم الأدلة على الأصل العضوى والوراثى للفصام والقطبية الثنائية ، وكلاهما وظيفى . ونستطيع تصور أربع مجموعات فضفاضة يشكو فى كل منها المرضى ، أو يعانون ، من مشكلات لها علاقة بالجسم . وهى على التوالى :

١ - قد تكون مشكلة المريض الأعراض الجسمية فقط ، دون غيرها . وفى هذه الحالة يصنف مرضه على المحور الثالث من الدليل ، ويعالج بالتالى فى مؤسسة طبية عامة .

٢ - قد يعانى المريض من اضطراب له ظواهر نفسية وأخرى عضوية مثل خرف ألزهايمر أو الهذيان الكحولى . ويعالج عندئذ فى مستشفى طب نفسى أو مستشفى طبى عام بالتعاون وإشراف مختص فى الطب النفسى .

٣ - قد تظهر فى المريض "عوامل نفسية تؤثر على الحالة الجسمية" ، كما يسميها الدليل الثالث المراجع باختصار شديد . وتتضمن هذه الفئة الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية) القديمة ، وإن كان هذا المسمى لا يعنى أنها

نتجت عن تأثير العقل على الجسم . وتعالج هذه الحالات بالوسائل البيولوجية والنفسية .

٤ - قد تظهر على المريض علامات أحد الاضطرابات الجسدية الشكل SOMATOFORM والتى تشمل : اضطراب توهم تشوه الجسد BODY DYSMORPHIC DISORDER ، واضطراب التحول ، وتوهم المرض ، واضطراب التبدين SOMATISATION ، واضطراب الألم جسدى الشكل ، وفئتين أخريين . ونصادف هذا النوع من الاضطرابات فى مرضى عديدين يشكون من شكاوى جسمية ، دون أن يكون لها أساس عضوى . ويقبل هؤلاء بشغف على العلاجات الطبية فى الوقت الذى يرفضون فيه استشارة الطبيب النفسى .

القواعد العامة للتدعيم فى الأمراض الحادة والمزمنة

يدل كل من الأمراض السابقة على وجود خلل عضوى أو نفسى بدرجات متفاوته فى وظائف الجسم . كما تتفاعل فيها جميعا وسائل الدفاع النفسى مع حالة المريض الجسمية . وقد يكون تكيف المريض مع علته مستقرا أو متقلبا حسب مسار ودرجة إزمان المرض . وعلى أى حال ، فإن العلاج التدعيمى يحسّن مسار تلك الأمراض فى العادة .

وهناك من الدواعى والأسباب ما يجعلنا نتناول مريض الشلل النصفى الهستيرى بنفس الطريقة التى نتعامل بها مع نظيره الذى يعانى من شلل عضوى الأصل . ولذلك أربعة أسباب . أولها ، أن كليهما لا يراجع العيادات النفسية بل العيادات الطبية العامة فى بداية مرضه . وثانيها ، أن أسباب أمراض كثيرة مثل متلازمة التعب المزمن غير معروفة حتى الآن . وثالثها ، أن كلا المريضين قد يرفض الاعتراف بوجود شق نفسى لحالته . وأخيرا ، يفرض المدخل

البيولوجى النفسى الاجتماعى على الممارس أن يدرك أنه لا توجد أمراض نفسية أو عضوية أو اجتماعية بحتة .

الفرق بين العلاج التدعيمى والاستشارة الطبية النفسية

يستخدم العلاج التدعيمى فى علاج المصابين بالأمراض العضوية فى الأقسام الداخلية فى المستشفيات ، بعد التوصل من الاستشارة الطبية النفسية إلى احتياج المريض إليه . وتحتاج ممارسة الطب الارتباطى LIAISON والاستشارى إلى مهارات متنوعة من ضمنها القدرة على تقييم الحالة العقلية فى المرضى غير المتعاونين فى أحوال كثيرة ، واستيضاح المقصود من المطالبة بتحسين سلوك المريض المدون فى نموذج طلب الاستشارة ، وحل المشكلات الطبية والدوائية المعقدة ، وتقييم التفاعلات القائمة بين المريض والهيئة العلاجية المشرفة على القسم . ويؤكد مدخل وايز وراندل (١٩٨٨) أهمية التعرف على الدفعات النفسية وعلاقتها بفئات المرض العضوى المختلفة .

ويعتمد قرار استعمال العلاج النفسى على رغبة المريض ، ومسار المرض ، ومدة بقائه المتوقعة فى المستشفى ، بعكس الاستشارة أو الاستشارات الوجيزة التى تتعلق بمداواة المريض . وبالرغم من ذلك ، فهناك فروق عديدة بين الاستشارة الطبية النفسية والعلاج التدعيمى فى الإطار الطبى العضوى ، لا سيما إذا لم يكن المرض يهدد حياة المصاب به . ونجملها فيما يلى :

- يركز العلاج التدعيمى على تحسين توافق المريض مع مرضه وعلى تمكينه من اتخاذ أفضل قرار خاص بنوع الرعاية الطبية ، ولا يقتصر استعماله على تحسين سلوك المريض على وجه التحديد .

- يفضل عمل الترتيبات اللازمة لاستمرار العلاج التدعيمى بعد الخروج من المستشفى والمريض ما زال مقيما به .

● يُعنى العلاج التدعيمى بالمشاكل الآجلة .

● يجوز للمريض الاتفاق مع المعالج أن يشـرف عليه لحسابه الخاص ، مع محافظته على السرية التامة .

ونقتـرح أن يجلس المعالج التدعـيمى أثناء تحدثه مع مـرضى المستشفـيات العامة ؛ لأن ذلك يساعد على زيادة الألفة بينهما حتى فى مرحلة التقييم . ولكن عليه استئذان المريض أولا ؛ لأن الجلوس يعنى أنه سيمضى بعض الوقت معه .

أنماط الشخصية واستجابتها للمرض

تختلف ردود الفـعل للمرض الجسمى من شـخص لآخر بصورة كـبيرة . ويصادف المعالج أنواعا كثيرة منها ، كما هو مبين فى الجدول (١٣ - ١) .

جدول (١٣ - ١) ردود فعل تقليدية للأمراض العضوية الخطيرة

القلق .
الهلع .
الإنكار .
الاعتمادية (أو العجز المبالغ فيه أحيانا) .
الاكتئاب .
فقدان السيطرة على النفس .
الاعتراف بتقلص القدرات واحتمال الوفاة .
الشعور بالذنب ؛ لأنه ساهم فى حدوث المرض أو لما قد يؤدى إليه من اعتمادية .

الشعور بأن من حقه أشياء كثيرة .

الشعور بالراحة أو الاستسلام .

الاندفاعية ، العدوانية ، أو السلوك العنيف .

السلوك التعويضى لنقص يشعر به (مثل المبالغة فى ممارسة الجنس) .

الرهاب المضاد (كأن يصبح خبيرا بمرضه) .

النكوص (فقدان الرغبة الجنسية ، ظهور الحاجات الفمية) .

الإزاحة ، كالتركيز على مواضيع تافهة أو أشياء لا علاقة لها بمرضه .

الإسقاط / التخارج - لوم الآخرين أو الطبيب .

التحريف المعرفى والتوهان .

الضلالات .

ولا نستطيع تجنب أنواع كثيرة من هذه الأنواع من ردود الفعل للمرض . كما أن معظمها توافقى بصورة جزئية ؛ لأنه يحمى المريض من المزيد من انهيار قدرته على المجابهة . ومع ذلك ، تظهر على مرضى كثيرين استجابات غير توافقية وعليلة لميلهم إلى الارتداد عند التعرض للكرب . ويؤدى ذلك إلى مشاكل المداواة فى أقسام الأمراض الباطنية والجراحة ؛ إذ يتحول هؤلاء المرضى إلى البذاءة أو كثرة الطلبات أو الخلاعة أو الاستعراضية عند تعاملهم مع الهيئة العلاجية فى الأقسام . كما أنهم قد يتجاهلون القواعد الخاصة بسلامتهم ويرفضون اتباع العلاج ، أو يطلبون إخراجهم من المستشفى ضد نصح الأطباء . وفى العيادات الخارجية يكثر عدم الالتزام بالعلاج أو الإفراط فى استغلال الإمكانات الطبية بصورة غير مجدية . وقد قام بيرى وفيدرمان (١٩٨١) بوصف مراحل هذه الأنواع من الاستجابة (انظر الجدول ١٣ - ٢) . ومما يجدر ذكره ، أن الإنكار بالرغم من طبيعته غير التوافقية ، قد يصبح توافقيا

فى ظروف معينة كـأن يسمح للمريض بأن يحيا حـياة طبيعيـة بإلهائه عن مآل مرضه السيئ أو احـتمال حدوث آثار جانبية شـديدة . ولا يحتاج الانكار إلى التعامل معه إلا إذا سبب المشاكل .

جدول (١٣ - ٢) مراحل التكيف مع المرض الجسمى

المرحلة	استجابات غير توافقية
مرحلة (١) : الاعتراف بالمرض .	الإنكار .
	الهلع .
	الذهان .
مرحلة (٢) : النكوص الاعتمادى .	عدم الالتزام بالعلاج .
	الخروج ضد نصح الطبيب .
	كثرة الطلبات .
	الارتباك والهيجان .
مرحلة (٣)	
(أ) العودة إلى الأداء الطبيعى .	العودة إلى الأداء الطبيعى قبل الأوان .
	العزوف عن العودة إليه .
(ب) العـودة إلى مـستـوى أداء متدنٍ بصورة دائمة .	عدم القدرة على التكيف مع العجز .
	التعويض غير المتوافق مع العجز .
(ج) النهاية (الفشل فى التعافى) .	العـجـز عن ترتيب الأمـور المـاليـة والشخصية والأسرية .

ويحتاج المعالج إلى مساعدة مريضه أثناء كل مرحلة من مراحل توافقه معه ، وذلك بقيامه بتقييم نمطه الدفاعى بشكل عام والتعامل معه بأسلوب يتقبله المريض ، فضلا عن قيامه بانتقاء أساليب الدفاع الأفضل ودعمها أملا فى أن تحل محل الدفاعات الأخرى الأكثر اضطرابا . وبالرغم من خضوع التدخلات لطبيعة الأمراض المختلفة فإنه يتعين على المعالج الإلمام بطرق تعديل الفنيات حتى تتلاءم وشخصية المريض . وإذا كان من يقوم بدوره فى الحياة بأقل قدر من الصراعات قد ينهار نفسيا وجسميا ، عند دخوله المستشفى وخضوعه للعلاج الطبى ، فلا عجب أن يواجه من يعانون من اضطراب شخصية سابق ومن يفتقدون الاستبصار بدفاعاتهم اللاتكيفية طويلة الأمد فيخلقون المصاعب عند دخولهم المستشفى .

ويستجيب المرضى **المسيطرون والوسواسيون** بصور مختلفة لدخولهم المستشفى . فيستمتع بعضهم بالاعتمادية المفروضة عليه والتى لا يسمح لنفسه بها وهو سليم . بينما لا يتحمل البعض الآخر الأكثر تصلبا ورغبة فى التحكم فى نفسه بصورة مستمرة النظام المفروض عليه . وقد نستطيع إشباع بعض حاجاتهم بإتاحة الفرصة لهم لممارسة أكبر قدر ممكن من السيطرة على نظامهم الدوائى . كما يستطيع البعض الآخر منهم اصطحاب عناصر متفرقة من حياتهم الخارجية أو عملهم معهم إلى غرفتهم فى المستشفى لضمان استمرار شعورهم بالسيطرة فى وسط الفوضى الطبية التى تحيط بهم . ويشعر فريق ثالث بالإشباع عند ممارسة أنشطة ترفيهية منظمة مثل الكلمات المتقاطعة أو بناء نماذج السفن أو الطائرات . وقد تنجح فى تلك الحالات الوسائل الدينامية التى تقلل من عزلهم لانفعالاتهم وأفكارهم ، ولكنها تحتاج إلى التعديل باستخدام تفسيرات تدعم احترامهم لذاتهم وتحافظ عليه . كأن يقول المعالج : "إنها فترة عصيبة بالنسبة إلى شخص منظم مثلك لكثرة الأحداث التى لا تستطيع توقعها" . ويزيد المرض من تردد هذه الحالات ، وعلى المعالج العثور على طريقة تمنع اتجاههم مع جانبى كل مشكلة بطريقة متوازنة ومتساوية .

يتصف المرضى **الذين ينشدون الاهتمام** بالسمات الهستيرية أو النرجسية . ووضع الحدود للتجاوزات ضرورى ، كما أن القيام بدعمهم فى نفس الوقت أمر ضرورى . فوجود معالج يستمع إليهم ، وإشباع ، يقلل من مطالبهم من أعضاء الهيئة العلاجية الآخرين ، لأنه يغذى شعورهم بالأهمية وبأنهم محبوبون بالرغم مما قد يلحق بهم من تشويه نتيجة للمرض أو للعلاج . وينشغل هؤلاء بآثار المرض على جاذبيتهم الجنسية وقوتهم البدنية . كما أنهم لا يحتاجون أو يريدون شرحا مفصلا لمرضهم - بعكس المريض الوسواسى - لأن دفاعاتهم لا تنبع من مصادر معرفية بل من مصادر انفعالية .

ويعانى **المريض البارانويدى أو شبه الفصامى** من الإحساس باقتحام خصوصيته والاعتداء عليها بسبب دخوله المستشفى والإجراءات الطبية المستخدمة معه . وللمعالج الذى لا يشرف مباشرة على هذا النوع من المرضى مكانة متميزة بالنسبة إلى هؤلاء ؛ لأنه على عكس المعالجين الآخرين لا يمثل المستشفى بقيوده فيتمكن من الظهور بأنه فى صف المريض ضد هجمات عالم المستشفى الخالية من المشاعر على شخصه مع محاولته تخفيف ما يراه المريض بأنه تهديد فى الوقت نفسه . وتفيد التوضيحات المبنية على أسس بيولوجية غير صحيحة من هذه الناحية ، كأن يقول المعالج : "إنك غاضب لأنك مريض" ؛ لأنها تضعف إحساسه بأن الهيئة العلاجية تتعمد إيذائه . كما أن المرض فى حد ذاته يدعم بالبارانويا : لأن المريض كان يعتقد أن العالم المحيط به يسعى لإلحاق الضرر به ، والمرض أبلغ دليل على صدق ظنه . ويمنح مثل هذا الدعم ، فى واقع الأمر ، بعض المصابين بالبارانويا الخفيفة القوة اللازمة لمواجهة مصيبتهم . لذلك لا يتعين على المعالج إضعافها فى كل الأحوال ، بل عليه أن يثنى على المريض ، فيقول له : "إنك من الصلابة بحيث تستطيع تحمل كل هذه المتاعب دون جلبة أو شكوى" . وفى حالات أخرى حيث تشتد البارانويا ، يقوم المعالج بتشجيع الاعتدال فى المريض بالاستعانة باختبار الواقع ، فيلمّح برأيه للمريض قائلا : " إنك مريض كما أنك تعانى أيضاً ، ولكن ليس لأحد ذنب

فى ذلك" . أمـا استخـدام تفسـيرات من نوع " إنك تلوم الآخـرين على كل شيء حدث لك دون سبب " لابد وأن يؤدى إلى فشل العلاج وشعور المريض بالعدائية .

ويعتبر **المرضى الهازمين لذاتهم والماسوكيين** المرض عقابا يستحقونه ، كما يشعرهم المرض بالإشباع . ولا يحتاج هذا الشعور إلى تفسير يقضى عليه دائما . نذلك يتـعاطف المـعالج مع شكاواهم ولكـنه يمنعهم من تجـسـيم عجـزهم أو استخدامه لتحقيق مكاسب ثانوية . وقد يصاب هؤلاء المرضى باضطراب الألم جسدى الشكل SOMATOFORM PAIN DISORDER أو اضطراب التبدين أو توهم المرض .

يتحقق **للمرضى البينين** بعض الإشباع من تواجد المشرفين على علاجهم بصورة مستمرة ، ولكنهم يرهقونهم بطلباتهم الكثيرة فى كل الأحوال ، وذلك لما جبلوا عليه من صعوبة فى التعامل معه الانفصال والتفرد أو النبذ أو الهجر . ونحتاج إلى وضـع حدود لمنع تجاوزاتهم مثلمـا نفعل فى العيادات الخـارجية . كما يعتبر منع هؤلاء المرضى من النظر إلى المعالج على أنه قادر على كل شيء من الجوانب المهمة فـى العلاج ، لما يؤدى إليه إغفال ذلك من شعـورهم بخيبة الأمل والهروب من العلاج .

ويتبع نمط التـدخلات التدعـيمية الـصحيح لأنواع الشخـصية المخـتلفة ، المستـويات الثلاثة التى ذكرناها فـى الفصل الرابع . فلو أخذنا المسـتوى الأول (التواصل الأساسى) على سبيل المثال ، يحتاج الأمر من المعالج إلى أن يوصل للمريض بشكل مقنع رسالة فحواها أنه يهمه وأنه لا يحتاج إلى التفعيل أو ترك المستـشفى أو مغـازلة العاملات فيـه ليثبت ذكـورته أو أنوثتها . وفى المسـتوى الثانى، قـد يحتاج المعـالج إلى مواجهـة المريض بسلوكه غيـر المتوافق . وفى المستوى الثالث ، يحتـاج المعالج إلى استخدام تفسيرات معـدلة لتقوية دفاعات المريض الأكثر توافقا .

وفى الجدول (١٣-٣) ملخص للفنيات التدعيمية المستخدمة فى علاج أنماط الشخصية المختلفة .

جدول (١٣ - ٣) الفنيات المعالجة الخاصة بأنماط الشخصية

نمط الشخصية	فنيات مفيدة
متسلط ، وسواسى	استخدم توضيحات علمية ومفصلة . ابحث عن طرق تمكن المريض من التحكم فى جوانب من علاج مرضه . ادعم الدفاعات العقلانية .
هستيرى	قدّم للمريض بعض الإشباع الانفعالى ، تجنب كثرة التفاصيل .
نرجسى	وفّر له بعض الإشباع المعرفى ، عامله بندية عند اتخاذ القرارات الطبية ، اعترف بأن لا أحد من العاملين فى المستشفى كامل الصفات .
بارانويدى	احرص على المحافظة على البعد المهنى ، حاول إيجاد طرق تمكن المريض من المحافظة على خصوصيته ، لا تعرض عليه ما يريحه جسميا ولا تستخدم التطمين النفسى العاطفى .
شبه الفصامى	اترك له فرصة الاستقلالية . دع وجودك يوفر له الأمان والراحة .
هازم ذاته	تعاطف مع معاناته وصراعه من أجل التحسن ، اترك له فرصة التهوين من شأن المكاسب التى حققها ، امدح معاناة المريض من أجل أسرته .

البينى	ضع حدودا حاسمة للتجاوزات ، وفر له مناخا تنشيطيا من الناحية البدنية ، ونظاما واضحا حتى تمنع شعوره بالوحدة ، قم بزيارته بشكل منتظم ، وتردد عليه بكثرة ، ولكن لا تفعل ذلك بناء على طلبه ، اعمل مع زملائك كفريق علاجى لمنع الانشقاق الذى قد يستغله المريض (كتكليف شخص واحد فقط بتبليغ المريض المعلومات الطبية) .

العلاج التدعيمى فى الأمراض التى تهدد الحياة

تخلق الأمراض الجسمية ضغوطا نفسية وعضوية ، كما يؤدى إدراك الشخص بأنه مصاب بمرض خطير إلى تولد الأزمة . لذلك ، نستطيع تطبيق نموذج الاستكمال المعرفى الانفعالى الذى ذكرناه فى الفجيعة (فصل ١٢) على الأمراض الجسمية . وفى الوقت الذى تدور فيه الفجيعة حول حدث مضى ، يرتبط انعصاب المرض الجسمى بعملية حاضرة ومستمرة . ولقد اكتشف الباحثون نمطا متصلا من ردود الفعل يعتمد على نوع المرض وفهم المريض له . وأهم نموذجين تم طرحهما لآثار ضياع الصحة ، نموذج كيبلر روس (١٩٦٩) ونموذج قاسم وهاكيت (١٩٧١) . وقد تنشأ الأول من دراسة الحالة الموشكة على الوفاة ، ويركز على رد الفعل السائد كالإنكار والغضب والمساومة والاكتئاب والرضوخ . أما الثانى فمستنبط من دراسة المصابين بجلطة القلب ، وهو يبيّن كيفية ظهور ذروات متتالية من القلق والإنكار والاكتئاب على خلفية سمات طباع المريض المتأصلة . وبالرغم من انتقال المريض بين المراحل التقليدية المتتابعة ، ينبغى على المعالج معرفة ما إذا كان الشخص يمر بمرحلة معينة فى الوقت الحاضر أم يشعر بردود فعل مرتبطة بمراحل مختلفة فى آن .

ويشمل علاج المرضى الموشكين على الموت بعض القواعد المنطقية ، وكذلك بعض القواعد الأرقى . وقد عرض قاسم وستيوارت (١٩٧٥) ثمانى قواعد أساسية فى معاملة هؤلاء المرضى هى : الكفاءة ، والمرح ، الاتساق ، وكذلك الاهتمام بالمريض والعمل على راحته والتواصل معه والسماح بوجود الأطفال ، وتدعيم تماسك الأسرة وتكاملها .

وهناك قواعد أخرى لا تقل أهمية عن القواعد السابقة والتى سنستعرضها فيما يلى .

تقدير أهمية الإنكار : الإنكار قد يكون توافقيا فى بداية أى مرض خطير . وكما أشار هاكيت ووايس (١٩٦٩) فى دراستهما ، علينا تجاهله بطريقة سليمة إذا لم يؤد إلى المشاكل . ويستتبع ذلك أن مناقشة الموت مع المريض قد تُظهر قلقا نحن فى غنى عنه . ويستطيع المعالج الحاذق من العثور على طرق عديدة تترك الإنكار وشأنه وتعزله فى نفس الوقت عن التصرفات غير التوافقية . ويبين لنا جروفز (١٩٩١) كيف قام معالج بإقناع مريض موشك على الوفاة وينكر خطورة حالته بكتابة وصيته لإرضاء زوجته .

خفّف المعاناة بتوضيح رد فعل كل مريض للمرض : إن أكثر ردود الفعل وضوحا ، هى الشعور بالذنب أو المسئولية الشخصية عن حدوث مرض (تعرضه لحادث سيارة بسبب قيادته لها وهو مخمور ، التدخين والإصابة بسرطان الرئة) . إن تعديل هذه الأنواع من السلوك يزيد من فرص بقاء الشخص على قيد الحياة على المدى الطويل ، أما فى المواقف الحادة فعلى المعالج تقبل وقوع الضرر والامتناع عن تدعيم شعور المريض بالذنب . ومن مظاهر الشعور بالذنب الأقل وضوحا ، إحساس المريض بأن المرض يمثل عقابا يستحقه على ذنب ارتكبه فى الماضى . وقد يستغرق اعترافه بذلك للمعالج وقتا طويلا . وفى مثل هذه الأحوال ، يحتاج المعالج إلى الإلمام بمفاهيم المريض

الدينية ، لأنها تتضمن مصادر شعوره بالذنب الذى يزيد حالته الصحية سوءاً (انظر الفصل ١٨ للمزيد من التفاصيل الخاصة بأهمية الإلمام بقيم المريض) .

شجّع فهم المريض لمرضه ونتائجه بطريقة واقعية : يشمل هذا النوع من الفهم شرحا معقولا لمآل المرض الذى يقرره الطبيب المعالج فى المقام الأول . وقد يكون المآل الذى يفضى إلى الوفاة أسوأ ما يستطيع تصوره أى إنسان عن مرض من الأمراض ، إلا أن هناك من العوامل ما يسبب للمريض معاناة أشد. وضمنها خيال لا أساس له من الصحة عن المرض وتطوره ، أو مشكلات واقعية يستطيع تجنبها بخصوص تخلى الأسرة عنه فى مرحلة مبكرة ، أو توقع حدوث الألم الشديد أو المعاناة أو التشوه أو المهانة . فعملية البتر مثلا حدث صادم من الناحية الجسمية بالنسبة إلى شاب نشط . ويحتاج أمثاله بعد انتهاء مرحلة الإنكار إلى تطمينهم بصورة محددة بأنهم سيظلون قادرين على مواصلة أنشطتهم ، لا سيما الرياضى منها . وقد نطمئن مريضة بُتر ثديها بشكل محدد بأن نقول لها : " إن حب معظم الأزواج لزوجاتهم لا يقل بسبب تلك العملية " . إن هذا النوع من التعميم يزود المريض باجتهاد عقلى يستخدمه ضد المشاعر السلبية . ويمثل العلاج المعرفى مدخلا أكثر تنظيما ، كما أنه علاج فعال للجوانب غير الواقعية التى يتصف بها الاكتئاب المصاحب للأمراض العضوية (بيتس ١٩٨٩).

كن مستعدا لمناقشة تأثير المرض على استكمال مهمته أو خططه فى الحياة : ولا يشمل ذلك مجرد القضايا "الوجودية" بل والجوانب العملية أيضاً ، مثل كتابة الوصية . وقد قام فيدرمان (١٩٨٧) بتطوير فنية تدعيمية سماها **السيرة الدينامية** التى صممها لترسيخ الدفاعات وتقليل الانفعالات المؤلمة التى يولدها الصراع . وتشمل هذه الفنية كتابة سرد مختصر لا يزيد عن الفقرتين فى بداية العلاج ، يقدم شرحا خاصًا لمعاناة المريض بسبب المرض الحالى ، والذى يشبه فكرة عملية استعراض الحياة فى الشيخوخة التى وصفها إريكسون (١٩٥٠) . ومع تسليمنا بأن المرض العضوى يفسد مسار حياة المريض قبل الأوان ، إلا أن

فيدرمان (١٩٨٣ ، ١٩٨٧) يعتـقد أن هذا النوع من السرد يساعد المرضى على الشعور بأنهم لم يفشلوا فى نواحٍ مهمة من حياتهم ، مثل رعايتهم لأسرهم أو فى إنجازاتهم المهنية .

اعرض على المريض التدخلات البيئية لتسهل عملية التوافق : وتشمل تلك التدخلات ،العمل مع الأسرة حتى تتمكن من التعامل مع المريض بصورة تلبى احتياجاته على نحو أفضل . وقد يحتاج الأمر إلى إشباع بعض رغبات المرضى شديدى الاعـتمادية . كـما يفـيد المريض من الاتصال بجـماعـات الدعم فور اجتيازه مرحلة الإنكار .

إحرص على استمرار الرعـاية : إذا كان تجنب خلق الاعتمادية فى المريض أمرا مطـلوبا ،فعلى المعـالج فى الوقت نفســه أن يدرك أهميـة تكوين المريض لارتباطات جديدة ومستمرة أثناء بقائه فى المستشفى فى تخفيف ما يحس به من قلق . وقد يقوم المعـالجون ، وغيرهم من القائمـين على رعاية المريض ، بهذا الدور شريطة تواجـدهم بصورة كـافية أثناء وجـوده فى المسـتشفى ، وعلى أن يحدد المعـالج الوقت الذى تنتهى فـيه الارتبـاطات ، وأن يعين من يخلف من يرحل من الأشـخـاص الذين ارتبط بهـم المريض (برلين ١٩٨٦) . وقـد يمثل الهاتف وسيلة الاتصال الوحيدة المتاحة لمريض تمنعه شدة مرضه من الحضور إلى العيادة الخارجية بانتظام (مرملستاين وهولاند ١٩٩١) .

وفى الجدول (١٣-٤) تنبيهات مختصـرة للمعالج الذى يطور فنية تدعيمية للتعامل مع المصابين بالأمراض العضوية .

جدول (١٣ - ٤) ما ينبغى على المعالج أن يفعله وما ينبغى أن لا يفعله فى حالات المرض العضوى

ادرس علة المريض وسببها ومسارها ومآلها وعلاجها .	لا تكتف بالمرض كـمرشـد لك فى تخطيط العلاج .

تحالف مع المريض .	لا تهمل أسرته .
حدّد معنى المرض بالنسبة إلى المريض .	لا تفترض أن معنى المرض بالنسبة إلى المريض هو نفس مفهومك له .
ابحث عن الجوانب الخفية كالشعور بالذنب .	لا تحاول تفسير الموضوعات العميقة أو التى قد تهدد المريض .
حاول أن تجد معنى ومبررا للمرض ولدور المريض فيه .	لا تشرح المرض بأسلوب تافه ولا تتجاهله .
اترك للمريض فرصة التعبير عن اهتماماته الدينية .	لا تمارس دور المرشد الدينى .
كن مستعدا لإشباع بعض الرغبات الاعتمادية .	لا تستجب لكل ما يطلبه من إشباع .
قم بصياغة تفسيراتك مستعينا بأسلوب المريض الدفاعى .	لا تترك المريض يفرض عليك الدور الذى يريده .
تحرّ إمكانات العلاجات البيولوجية واغرس الأمل فى نفس المريض .	لا تبالغ فى ذلك بصورة تفقدك مصداقيتك .
حاول تناول أكبر قدر ممكن من أوجه عجز المريض .	لا تنس احتمال وجود عوامل عضوية أدت إلى حالة المريض النفسية ، ولا تستجيب للعلاج النفسى (مثل : اختلال توازن تركيز أملاح الدم ، السموم ، آثار الأورام الهورمونية . . . إلخ) .
استكشف مدى التزام المريض أو عدم التزامه بالعلاج .	لا تفترض أن قرارات المريض الخاصة بالعلاج خاطئة لمجرد اختلافها عن قراراتك .
حدّد تصور المريض عن خطة العلاج.	لا تفترض أن المريض قد ذكر فى خطته كل ما يريده .

مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسب)

إذا كانت طبيعة الأمراض التى تهدد الحياة تؤثر على العلاج النفسى ، فإن مرض الإيدز هو منصة الاختبار التى جربت منها وسائل علاجية عديدة . وعلاج مرضى الإيدز بالأسلوب التدعيمى أمر صعب ، ويتحدى قدرات المعالج ، ومرهق فى نفس الوقت . كما أنه قد يكون عملية مجزية جدا من ناحية معنوية لما يتطلبه من حس إنسانى مرهف لما يحدث عندما يحشد المريض مخاوفه البدائية ، وإلى إلمام جيد بخصائص مرض الإيدز ومشابهاته الطبية ، وفهم لشخصية المريض وللأمراض العضوية بصفة عامة ، فضلا عن قدرة المعالج على الاستمرار فى الإمبائية والتحالف العلاجى ، بالرغم من تغيير حالة المريض السيكوباثولوجية السريع وظهور الخرف .

لقد أثار مرض الإيدز ، شأنه شأن الأوبئة الفتاكة التى تعرضت لها البشرية عبر ٢٥٠٠ سنة ، الخوف واللوم والاقتتال ، وزيادة الإقبال على السلوك الذى يعرض صاحبه للمخاطر (روجسيفيتز ١٩٨٨) . ولا يتعين على المعالج التعامل بمهارة مع مريض خائف ومنهار فحسب ، بل عليه أيضاً مواجهة عدم عقلانية وإسقاطات الأسرة والمشرفين على المريض والجمهور .

مراحل المرض

تساعد مراحل التكيف مع المرض العضوى التى ذكرناها من قبل فى الجدول (١٣ -٣) على توجيه المعالج الذى يتخذم العلاج التدعيمى فى حالات الإيدز . وفى الجدول التالى وصف لتلك المراحل ، مع تحديد أهداف العلاج التدعيمى فى كل مرحلة .

جدول (١٣ - ٥) مراحل التكيف مع مرض الإيدز

المرحلة	أهداف العلاج
مرحلة (١) : التشخيص المبدئى	إخطار المريض بالتشخيص .
	التفريغ .
	تقبل المعالج للمريض .
	مواجهة الإنكار .
	التعامل مع الغضب والمساومة .
مرحلة (٢) : المرحلة الوسيطة	معالجة التلازمات الطبية النفسية .
	التوعية والتطمين .
	إحياء الأمل .
	التعبير عن الانفعال .
	مناقشة المشاكل الطبية .
مرحلة (٣) : المرحلة الختامية	الإعداد للوفاة .
	مشاكل الإنعاش وكتابة الوصية .
	توديع الأسرة والأصدقاء والمعالج .

تعتبر المرحلة الأولى بالغة الأهمية بالنسبة إلى من يتعامل مع مرضى الإيدز ، لأن الانكار الذى يعتبر استجابة غير توافقية فى هذه المرحلة من الأمراض العضوية الأخرى ، يحدث بصورة متصلة أو متقطعة أثناء مراحل التكيف مع مرض الإيدز .

وعلى المعالج أن يكون مستعدا للتعامل مع الوفاة كأمر محتوم فى المرحلة الثالثة ؛ لأن العودة إلى الحالة الطبيعية ليس أملا واقعيا فى الوقت الحاضر بل إنه بعيد المنال . ومع ذلك ، يمر مرضى كثيرون بمرحلة ممتدة من تدنى وظائفهم ومن العجز بسبب ما تسببه وسائل العلاج الحالية من إطالة فى أعمارهم .

التشخيص المبدئى : ينبغى على المعالج أن يحشد أسس العلاج التدعيمى قبل التوصل إلى التشخيص بصورة نهائية ؛ إذ تتطلب التوصية بإجراء فحص للدم للكشف عن الأجسام المضادة للإيدز قيام المعالج بالإرشاد قبل وبعد إجراء الفحص مع تأكيد معنى نتائجه المحتملة وتزويد المريض بتوجيهات واضحة عن طرق تقليل المخاطر وممارسة الجنس بصورة أكثر أمانا وحدود الحفاظ على السرية والإفشاء ، مع القيام باستكشاف المشكلات الخاصة بالمريض المعنى . وكثيرا ما يقوم المرضى المعرضون للإيدز ، بشكل خاص ، بالإنكار الشديد لما يتعلق بالفحص المختبرى . فيرفض المريض مثلا إجراء الفحص مدعيا أنه لم يمارس الجنسية المثلية الخطرة فى يوم من الأيام . وبعد اكتشاف أن أحد رفاقه الذين كان يتعامل معهم بصورة نادرة مصاب بالمرض ، يعترف المريض أنه كان يمارس الجنس ، دون اتخاذ الاحتياطات اللازمة ، ولكنه استمر مع ذلك فى رفض الفحص بدعوى أن احتمال إصابته به هو بالذات من خلال الاتصال الجنسى بعيد جدا . وأخيرا ، توفى أحد مخالطيه بسبب المرض . وأدى العلاج التدعيمى بما يتضمنه من توعية واقعية وتقبل لانفعالاته ولمناخ التفهم الذى يوفره إلى موافقته على إجراء الفحص .

ويؤدى التشخيص الإيجابى إلى إنكار صريح فى العادة ، وشعور بالصدمة والذهول ، والمخاوف الكاسحة من الفناء الوشيك . وعلى المعالج أن يسمح للمريض بتفريغ انفعالاته القوية التى من ضمنها حنقه على أشخاص وثيقى الصلة به ، والحزن الشديد ، والمخاوف البدائية من أن يتخلى عنه الآخرون أو يقوموا باضطهاده . ومن المخاوف المميزة التى يشعر بها هؤلاء المرضى ، قيام كل أصحاب النتائج السلبية بتجنبهم . ويستطيع المعالج التوصل إلى نتيجة فورية عند تحليه بالهدوء والإمباثية واستعمال تعليقات محسوبة عن خطط المستقبل . إن مثل هذا التقبل للمريض يضع إحساسه بالفناء فى حجمه الصحيح ، كما يشعر بأن المعالج متواجد لمساعدته .

ويتبع الإنكار المبدئى ، شعور قوى بالقلق والاكتئاب والغضب الشديد . وعلى المعالج التعامل خلال الأسابيع التالية مع استجابات الغضب والمساومة والإحساس بالذنب ورثاء النفس التى تصدر من المريض الذى يستطيع تلقى التدخلات العلاجية ، بالرغم من حالة الاضطراب الشديد التى يمر بها فى ذلك الوقت (نيكولز ١٩٨٦) . ولا يختفى الإنكار فى الحال أو بغير رجعة بل يعاود الظهور فى أحيان كثيرة ، ويحتاج من ثم إلى تكرار التعامل معه . كما أن السلوك الذى يقلل من التعرض للمخاطر لا يظهر تلقائيا بعد ظهور نتيجة التحليل للإيدز ومناقشة الحالة المبدئية (هيجينز وآخرون ١٩٩١) ، بل يحتاج أيضاً إلى التعامل معه بصورة متكررة أثناء مدة العلاج .

المرحلة الوسيطة : تمثل مرحلة التكيف مع الإيدز الوسيطة والطويلة تحديًا لقدرات المعالج ؛ إذ عليه أن يستخدم معلوماته الطبية إلى جانب فنيات العلاج النفسى . وعلى المعالج ومريضه مواجهة الحالات الطبية الغريبة والآراء الطبية المتباينة التى يواجهها الأخير . كما أنه ليس من غير المألوف قيام المرضى ذوى النتائج الإيجابية بالتفكير فى الاستعانة بعلاجات غريبة وأخرى طبية غير تقليدية قد تعرض حياتهم للخطر . وعلى المعالج أن يتمكن من مناقشة هذه الأنواع من العلاج ومعناها بالنسبة إلى المريض وعدم الاكتفاء بدمغها بالحماقة أو الغرابة .

وعلى المريض أن يظل منتبها لاحتمال ظهور عدد كبير من الظواهر النفسية المرضية (فولستيتش ١٩٨٧) والتى من ضمنها الهوس والبارانويا والخرف والهذيان والاكتئاب الجسيم والقلق واضطرابات التأقلم . فللعلاج التدعيمى ، إذن ، دور رئيسى فى علاج هذه الاضطرابات .

وقد يظهر القلق على صورة اضطراب القلق العام ، أو نوبات الهلع ، أو رهاب الأماكن الفسيحة ، أو الرهاب النوعى . كما تبرز الأعراض الوسواسية القهرية التى قد تتخذ صورة أفكار اجترارية تدور حول الموت ، أو استرجاع وسواسى لممارسات الماضى الجنسية أملا فى التوصل إلى مصدر العدوى ،

أو فحص الجسم بصورة تكرارية وطقسية بحثا عن طفح جلدى أو أية علامة أخرى من علامات المرض المميزة (فينتون ١٩٨٧) . وقد تساهم جوانب الوسواس والأفعال القسرية الغريبة على الأنا فى زيادة خوف المريض وفى تعميق شعوره بالدونية . ويستطيع المعالج تزويد المريض بتفسيرات بسيطة تقلل من شعوره بالحيرة وخوفه من الجنون باستعمال التوضيحات البسيطة لأفعال المريض ، كأن يقول المعالج : " إن قيامك بفحص جسمك من حين لآخر فى هذه الظروف أمر طبيعى" .

ويحتاج الاكتئاب إلى الجمع بين الوسائل الدوائية والعلاج النفسى . وقد يكون المريض شديد الحساسية لجرعات عادية من الدواء ؛ الأمر الذى يحتاج من المعالج إلى الحذر والمهارة فى نفس الوقت . وقد تكون أعراض الاكتئاب من نوع غير مألوف ، أو قد لا يلاحظ المعالج الاكتئاب لظهوره فى صورة تلازم خفيف ومزمن (بيرى وجاكوبسين ١٩٨٦) . وتظهر الأعراض الذهانية فى مرضى آخرين ، أو قد تخفى أعراض الاكتئاب الطفيفة . ويعتبر تغير اتجاه المريض نحو ذاته مؤشراً أكثر حساسية من الأعراض الجسمية وتغيرها ، عند الحكم على فعالية علاج نفسى أو دوائى .

وينبغى توخى الحرص عند التفريق بين الاكتئاب والخرف المبكر ؛ إذ قد تشابه التغيرات العقلية العضوية المنشأ الاضطرابات النفسية الأخرى (بيرى ١٩٩٠) . وقد يتطلب الأمر القيام بكشف طبى وإجراء فحوصات مختبرية عند تغير الحالة العقلية بصورة ملحوظة . كما يحتاج المعالج أن لا ينسى احتمال حدوث الانتحار (جولدبلوم ومولتون ١٩٨٦) . ومن وسائل الوقاية من بعض الأزمات الميل إلى الانتحار ، الاهتمام الصحيح باستجابات الحداد لوفاة عزيز من مرض الإيدز وبقيام المريض بنعى نفسه قبل وفاته .

وأيا كان الاضطراب النفسى الذى يتعامل معه المعالج . فيتعين عليه توعية المريض بحالته وبخبرات العلاج بحذق ومهارة ، وتطمينه بخصوص المواقف

الكلينيكية التى قد تتحسن بالعـلاج . وعلى العلاج أن يتبع فى الأساس اتجاها يتسم بإحيـاء الأمل بصورة واقعيـة ؛ أى بعيدة عن السذاجـة والتفاؤل الفج أو العدمية والتشاؤم المطلق من جهة أخـرى . فقد يقول المعالج لمريضه إن جوانب عديدة من المرض قـابلة للعلاج ، وأن العلوم الطبـية تتقـدم باطراد فى سعيـها لاكتشاف علاج أفضل للإيدز .

ونشجع المريض طيلة هذه الـفترة على التعـبير عن انفـعالاته . ويستفـيد مرضى كثيرون من مجـرد التعبير عن مخاوفهم وغضبـهم وارتباكهم وشعورهم بالذنب وحزنهم فى جـو من الدعم والمساندة . وقد يطلب المعالـج ، أحيانا ، من المريض تفصيل مخاوفه أو تخيلاته ، كما قد يكون الاكتفاء بالاستماع مفيدا فى حد ذاته .

المرحلة الختامية : إن مهمة المعالج الرئيـسية فى هذه المرحلة إعداد المريض للموت ، بل على المعـالج أن يكون على استعداد لمناقـشة هذا الموضوع فى أى مرحلة من مراحل المرض ، بما فى ذلك مرحـلة التشخيص (نيكولز ١٩٨٦) . وتزداد أهمية هذا الموضوع مع تقدم المرض بطبـيعة الحـال . وعلى المعالج أن يكون متيـقظا لموضوع الوفاة دون أن يفرضه على المـريض ، بل عليه فى العادة الانتظار حتى يتناوله المريض صراحة . وترى كيبلر روس (١٩٦٩) أنه فى حالة تمكن المعالج من إشعار المريض بأنه مستعد للاستماع إلى موضوع الوفاة ، دون خوف أو قلق ، فإن المريـض لا يحتاج إلى من يخبره بأنه مـقبل على الموت . وعند شعوره بالارتياح للمعالج ، يقوم من تلقاء نفسه بإثارة الموضوع وتفرعاته .

ويستطيع المعالج ، فى هذه الحالة ، التعامل مع قضايا دعم وظائف الجسم الحيـوية ، والتوكيـلات الخاصة بالرعـاية الصحيـة والوصية ومـا شابه (ديللى وآخرون ١٩٨٦) . إن مناخا من الصراحة والاحترام المتبادل يجعل مناقشة مثل هذه الموضـوعات أقل إيلامـا ، بل إن بعض المرضى يشـعر بشىء من الراحـة واحترام أكبر لذاته عند حل هذا النوع من المشكلات بطريقة واقعية .

وقد تكون هناك جوانب ملحة لم يكتمل حلها ؛ من ضمنها إصلاح الخلافات الأسرية بالنسبة إلى البعض . إن توديع الأعزاء بصورة أو بأخرى سواء كانوا من الأسرة أو أصدقاء أو المعالج أمر بالغ الأهمية . ويقوم المعالج بمقابلة هؤلاء الأشخاص أحيانا وهو بصحبة المريض ، كما قد يقوم فى أحيان أخرى بمقابلتهم نيابة عنه . على هذا النحو ، يتم إنجاز كل من توضيح المشكلات المختلفة ، وتلطيف مشاعر اللوم والذنب ، والحداد السابق على الوفاة .

قضايا قانونية وأخلاقية

يثير مرض الإيدز مشكلات قانونية وأخلاقية مؤرقة ؛ من ضمنها موضوع الفحص المختبرى والسرية والتبليغ . وتتطور هذه الجوانب بسرعة ، فقد رجحت كفة الميزان لصالح إجراء الفحص المختبرى المبكر نتيجة لاتضاح فوائد العلاجات الدوائية ، وإن كانت المسألة برمتها مازالت قيد البحث . ويجوز للطبيب ، من الناحية الأخلاقية ، تبليغ مراكز الصحة المعنية بأسماء المرضى الذين كانت نتيجة فحصهم إيجابية (رابطة الطب النفسى الأمريكية ١٩٨٨) ، وإن اختلفت القوانين من ولاية إلى أخرى أو تناقضت أحيانا (ديكنز ١٩٨٨) . وعلى المعالج بلورة هذه الجوانب بتقديم توضيح موقفه للمريض ، كأن يقوم مثلا بتناول موضوع السرية والتبليغ فى الجلسات الأولى ، قبل إجراء الفحص المختبرى إن أمكن . وعليه تطمين المريض بأنه سيحافظ على سرية المعلومات ، وأن التبليغ لن يتم دون ضرورة .

ومن المشكلات المحيرة ، تبليغ طرف ثالث لا يعرف التشخيص ويمارس المريض معه الجنس فى نفس الوقت . ويبحث المعالج هذا الموضوع مع المريض باستفاضة ويحاول تشجيعه على القيام بذلك بنفسه . وإذا رفض المريض ، يثير المعالج احتمال إنهائه العلاج إذا ما استمر على إصراره . وقد يستشير المعالج فى هذه المواقف جهة ملمة بالقانون ، كما قد يناقش المسألة مع زملائه والمشرفين عليه .

ويتضمن عـلاج الإيدز ضغوطا نفسيـة تدخل ضمن طبيعـة المرض ، كما يولد أنواعا قوية من الطرح المضاد ؛ إذ يحتاج المعـالج إلى مواجهة مخاوفه هو نفسه البدائية من التلوث والشعور بقلة الحـيلة والاستهلاك والشعور بالخسارة . فقد أظهـرت أوبئة الماضى وطواعينه أنبل وأحط جوانب مـهنة الطب . وينبغى على الاتجاه العلاجى التدعيمى أن يشمل المداخل العلمـية والعملية والاستعداد للاعتراف بالأسقاط والتعامل معـه ، والقدرة على توعية المريض والجمهور عند الحاجة ، فضلا عن خلق مناخ عام من التفهم والتدعيم الانفعالى .

المرض العضوى المزمن

يتسع دور من يعـالج المرض المزمن ليشمل تحـسين توافق المريض وأسلوبه الدفـاعى . ولا يوصف العـلاج النفـسى إلا فى بعض الحـالات فـقط ؛ لأن الدفاعات التوافقية ، ضـد المرض المزمن ، من التمكن والتأصل بحيث يصعب التعامل معها .

حالة :

طُلب من المعالج مقابلة مريضـة عمرها ٣٤ سنة ، تعانى من مرض أيضى مزمن يضعف الجسم ويقصر العمـر دون أن يفضى إلى الوفاة بسرعة . وكانت المريضة كثيرة الشجار مع الممـرضات وترفض العلاج الطبيعى ومسكنات الألـم. ولـم تكن على علم مـسبق بقـدوم المعالج ؛ الأمـر الذى جعله يتـوقع مقـابلة عاصفة مع المريضـة . ولكنه وجدها ، لدهشته ، دافئة العـواطف ومقبلة على الحديث ، وادعت المريضة أن مسكنات الألـم تؤثر على يقظتها فى الوقت الذى تضطر فيه إلى إدارة ومتابعة أعمالها من غـرفتها فى المستشفى ، كما اتضح من المكالمات الهاتفية العديدة التى تلقتها أثناء المقابلة . وتطوعت بإخبار المعالج أنها تدربت على الجمباز أثناء طفولتها ، واستمرت عليه إلى أن أصيبت بمرضها الحالى .

وبالرغـم من اضطرارها إلى استعمـال مقعد متحرك ولدخول المسـتشفى مرات عديدة ، فإنها ظلت محتفظة باستقلاليتها ، كما أصبحت مطلعة على مرضها. ولكن لم يكن لديها أصدقاء مقربون بل كانت تكتفى بالعلاقات المهنية .

وبين لها المعالج أنها تمر بصراع ، وبيّن لهـا أن تبلد قدراتها العقلية بصورة طفيفة حتى تتحمل العلاج الطبيعى ثمن زهيد عليها أن تدفعه فى سبيل صحتها . كما وافقهـا على أنها إعتادت إصدار الأمر وقيام الآخـرين بتنفيذها ، وإن مثل هذا النظام لا يتوفر فى المستشفـيات . ولم يحققا أى تقدم إلى أن أدرك المعالج سبب دخـول المريضة المسـتشفى فى المرة الأخـيرة ، والذى حدث بعـد خمس سنوات من التحسن النسبى . وكانت المريضة تعتبر انتكاس حالتها بداية تدهور حلزونى المسار سيؤدى بها فى النهاية إلى العجز المستديم . واستدلت على ذلك بقيـام الممرضات بمسـاعدتها على النهـوض من الفراش وطرحهـا بفظاظة على النقـالة عند نقلهـا إلى قسـم العلاج الطبـيـعى . وكانت تشـعـر أن إحضـار الممرضـات للنقالة قبل مـوعد العلاج بسـاعة ووضعـها إلى جوار سـريرها قد يمكنها من الانتقـال إليها بنفسـها ودون الاضطرار لاستعمـال المسئنات . فقام المعـالج بمناقشـة هذا الحل مع العـاملين بالقـسم . وأصبـحت المريضـة تتلقى علاجهـا . كما طلب منها أن تتـصل به بعد خروجهـا من المستشفى ليـتعرف أحوالها . وكـان ذلك إيحاء لا شعوريا قـام به المعالج لينقل لها الشـعور بأنها ستتعافى قريبا من الأزمة الحادة .

ويتعذر ، فى هذه الحالة ، تفسير أسلوب شـخصية المريضة الكفؤ وعزلها لانفعالاتها أثناء وجودها فى المستشفى . لذلك ، يرى بعض المعالجين تخفيض العنصر التدعـيمى من العلاج ، واستخدام عـلاج أكثر إثارة للقلق مع المرضى عند تحسنهم بصورة نسبية أثناء فترات التعافى (جرين ١٩٨٧) .

الفصل الرابع عشر
المريض المسن

أدت زيادة عدد المسنين وطول أعمار سكان الولايات المتحدة ، بالإضافة إلى عوامل أخرى ، إلى العناية بطب المسنين النفسى كتخصص فرعى يحتاج إلى نوع خاص من الخبرة يتطلب اكتسابها سنوات من الممارسة . ونستطيع تطبيق فنيات العلاج التدعيمى الأساسية على المريض المسن ، شريطة أن يراعى المعالج الاتجاهات الخاصة والتعديلات التى ينبغى إجراؤها لتقديم خدماته بصورة فعالة .

مضاعفات الشيخوخة

قد يستفيد القارئ من مراجعة موجزة للتغيرات النفسية إلى تصاحب التقدم فى السن . فالوظائف المعرفية لدى الفرد الطبيعى لا تتدهور بصورة تتطلب تعديل الفنيات العلاجية بصورة كبيرة ، وإن كان البعض منهم يعانى من "النسيان الحميد" للمعلومات الجديدة مع صعوبة تخزينها ، ولا سيما إذا لم يكن لها معنى جوهرى بالنسبة إلى الشخص . ولكن يتدهور الأداء على اختبارات الإدراك الحركى الموقوف (بيريزين وآخرون ١٩٨٨) ؛ لذلك يطول زمن رد الفعل .

ولا تتغير سمات الشخصية بصورة جذرية إلا عند المرض ، ولكن الشيخوخة تؤدى فى العادة إلى تكثيف السمات التى كانت تميز الشخصية فى مرحلة مبكرة من العمر ؛ بمعنى أن الشخص يحاول فى العادة استخدام نفس الأساليب التى كان يستخدمها فى شبابه ، علما باستحالة وصوله إلى المنافذ التى كانت ميسرة له آنذاك ، مما يؤدى إلى تدنى قدرته على المجابهة . وبالإضافة إلى ذلك ، تبدأ الأساليب التوافقية السابقة فى الفشل لأسباب خارجية

أو بسبب الزمن . ومن الأمثلة على ذلك ، الدفاعات النرجسية المبنية على أوهام التفوق وأحلام النجاح والانتصار فى المستقبل ، والسلوك الاعتمادى الذى يتطلب مساندة الأسرة والأصدقاء . لذلك ، يشعر بعض المسنين بأن سمات شخصياتهم التى كانت منسجمة مع الأنا فى الماضى لم تعد كذلك (كروسلر ١٩٩٠) . وقد يشعر المسن بخواء وجودى واكتئاب إكلينيكى عند إدراكه أنه نجح فى تجنب إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين ، وأن الوقت لم يعد فى صالحه . ويستخدم المحللون النفسيون المصطلح الألمانى "الفزع من إغلاق الباب" لوصف المشاعر التى تدفع الناس إلى السعى للعلاج وهم فى منتصف العمر . ونعتقد أن الكلام نفسه ينطبق على المسن الذى ينتهى إلى اقتناع مشابه .

ويرى بعض المختصين فى طب الشيخوخة أن المسن يكوّن اتجاهات "انغلاقية" (نويجاتن ١٩٧٠) أو "فك الارتباطات" (كامينج وهنرى ١٩٦١)، وإن كانت هذه العملية تعكس عزلتهم الاجتماعية هم أنفسهم ، بدلا من تغير جوهرى يطرأ عليهم . ويرى مختصون آخرون أقل تطرفا ، أن الإنسان يصبح مع تقدم السن أكثر حساسية للنقد النفسى وأكثر تحملا للنقد البناء (جروتجان ١٩٥١) . ويعتمد هذا النوع من التكيف على الشخص . وما يحدث عادة - من وجهة نظرنا - هو اختيار المسن لأسلوب دفاع عن جوانب معينة يرى الشخص أنها تمس جوهر هويته ، واتباعه أسلوبا أكثر تساهلا فى الأمور التى لا تمس تلك الجوانب .

وفى الجدول (١٤-١) قائمة باستجابات المسنين التكيفية التقليدية . ويتضح منها كيف أن تقلص المنافذ المتوفرة لديه يؤدى إلى أعراض نفسية مرضية بدلا من العمل على توسيعها . ومن أكثر الأمور دلالة ، نشوء علاقات مرضية باثولوجية مع الآخرين والتى يقول عنها سادافوى (١٩٨٧) أنها قد تتخذ صورة "أنماط تفاعلية غير سوية مع أعضاء الأسرة والأصدقاء ومن يقومون برعايتهم كالتعلق والفزع الاكتئابى أو الغضب لشعوره بأن حقوقه مسلوبه . ويتعين علينا

أخذ هذه الأنماط بعين الاعتبار عند تطبيق العلاج النفسى الفردى . ومع ذلك ، فإن صعوبة التعميم تبين ضرورة اعتماد المعالج خصائص مريضة ، بدلا من استناده إلى توقعات مسبقة . فقد يكون لبعض الابتعاد أو للأساليب الاجتماعية "المزعجة" التى يتبعها المسن قيمة توافقية كوسائل تحميه من الشعور بالخسارة أو كطرق لإشباع حاجاته . وقد لا يكون الإسقاط أو التخارج مرضيا فى حد ذاته ، بل إن تلك الآليات - كما تبين من دراسة لازاراس وزملائه (١٩٨٤) - قد تساهم فى تحسين أعراض المسنات اللاتى كان تطور شخصياتهن يحتاج إلى زيادة فى العدوانية وفى تأكيد الذات . واستنادا إلى الفنيات التى أوضحناها فى فصول سابقة لا يجب إضعاف هذا النوع من الدفاعات وأساليب المجابهة أو تغييرها فى بداية العلاج أو فى أى وقت آخر ، هذا إذا كانت ستعدل على الإطلاق .

جدول (١٤ - ١) بعض استجابات المسنين التوافقية

الانسحاب المصحوب أو غير المصحوب بالاكتئاب .
العزلة الجغرافية والانفعالية .
محاولة التحايل على الآخرين حتى يقوموا بتنفيذ طلباتهم واتباع العدوان السلبى .
الاعتمادية اللزجة .
الشعور بسلب الحقوق .
الإنكار .
الإسقاط .

التخارج[1] .

التجسيد أو توهم المرض .

التركيز على إنجازات الماضى .

الانشغال بالذكريات والفرص الضائعة بصورة قسرية .

قصر الاتصالات الاجتماعية على تلك التى ينالون منها الدعم .

الإدراك الانتقائى وتجاهل ما لا يعجبهم من رسائل تصلهم من الغير .

الحط من شأن التطورات التقنية والحضارية الحديثة .

الاهتمام بالدين والحرص على الالتزام بطقوسه .

وبالرغم من شعـور فرويد (١٩٠٥ [١٩٠٤]/١٩٥٣) بعدم صلاحـية من تجاوز الخمسين للتـحليل النفسى ، فإننا لا نرى مبررا للاكتـفاء فى حالة المسنين بالعلاج المسـاند محدود الأهداف . وتحـتاج هذه النقطة الأخـيرة إلى التأكـيد بسبب ظهـور مقـترحات جـادة بتقليص رعـاية المسنين الطبيـة لأسباب تـتعلق بالتكاليف . ويجب تقديم العـلاج التدعيمى فى حالة المسـنين لنفس الأسباب التى نستـعمله من أجلها مع غـيرهم ، مع مراعاة دواعى اسـتخدامه الواسـعة وعدم قصر استـعماله على المسنين الضعاف ، كما يقتـرح بعض مختصى طب الشيخوخة .

(١) التخارج EXTERNALISATION : مصطلح أكثر عمومية من الإسقاط ، يقصد منه الاتجاه إلى أن يرى الشخص فى العـالم والموضوعـات الخارجية عـناصر من شخـصيتـه ، بما فى ذلك نزعاته الغريزية والصراعات والاتجاهات وأساليب التفكير . (المترجمان) .

الإمباثية . والطرح . والطرح المضاد

يعرف معظم المعالجين الأساطير التى كانت الأجيال السابقة تحيط بها الشيخوخة والتى أثبت العلم الحديث بطلانها ؛ إذ تفيد البحوث الحديثة مثلا أن الأدوار(*) والاتجاهات الجنسية تستمر مدى الحياة . وبالرغم من اضطرار بعض المسنين إلى القيام بأدوار تخص الجنس الآخر ، كما يحدث عند الترمل ، فإن ذلك لا يعنى أن المسن أصبح لا يهتم بالجنس ، بل إن اهتمامه بالأنشطة الجنسية والبدنية يستمر ما لم يصبه مرض .

وبالرغم من توفر البحوث الصحيحة حول الشيخوخة ، فإن مشكلات التعاطف الفاهم ستستمر فى شباب وشيوخ المعالجين ؛ إذ يصعب على معالج شاب أن يتفهم خبرة مسن نشأ فى ظل تقلبات اقتصادية وحضارية وعسكرية مختلفة . فيبدو للمعالج فى هذه الحالة أن مشكلات مريضه تعود إلى تمسكه باتجاهات بالية . ولا يساعد مثل هذا الموقف على نمو التعاطف الفاهم فى نفس المعالج . فقد لا يتقبل أو يستسيغ المعالج صغير السن مثلا خضوع المسنّة لزوجها أو عدم حساسية المسن لاحتياجات زوجه الاجتماعية . ويقول لويس ويوهانسن (١٩٨٢) إن الانشغال بغرابة خبرات المريض المعرفية قد يمنع المعالج من التعاطف مع انفعالاته وتفهمها ، بالرغم أن الانفعال يتجاوز الأبعاد التاريخية والزمنية ؛ لأنه خاصية تتغير بصورة أبطأ من تغير الجوانب المعرفية فى حضاراتنا .

والمشكلة الثانية هى تفهم رصيد المسن من خبرات الحياة ، ولاسيما خبرته بالخسارة ، والتى تشمل خسارة وظائفه الجسمية وآماله وأصدقائه وأفراد أسرته (الأكبر والأصغر منه سنا) والأهداف التى لم يحققها ، ودوره الاجتماعى ،

(*) الدور الجنسى GENDER ROLE : هو كل سلوك يقوم به الفرد وقد وضع ذكورته أو أنوثتها بعين الاعتبار . ولا يقصد به الاتصال الجنسى بل السلوك الاجتماعى المميز للجنس . (المترجمان) .

وقدرته على التكسب . وقد تولّد معالم حياة المسن التذكارية مثل عيد ميلاده فجيعة جزئية (بيريزين ١٩٧٠) . كما أن الشيخوخة تعوق تعويض الذات والتعافى من الخسائر لقلة فرص تعويض الخسائر المادية (احتراق المنزل) أو البشرية (وفاة الزوجة من مرض السرطان) . لكل هذه الأسباب لا تكتمل عملية الفجيعة بالصورة المطلوبة (انظر الفصل ١٢) . كما أن **الإفراط فى التوحد** بهذه المشاكل واستحالة حلها كلها ، يعوق قدرة المعالج الأكبر سنا على التعامل مع هذا النوع من الانفعالات اللصيقة بانفعالاته هو نفسه (لازاراس ١٩٨٩) .

ولبعض الشباب تصور مجرد عن الشيخوخة يصعب تفنيده باستخدام الحقائق لعدم مروره بالخبرة ذاتها . فيفترض هؤلاء أن المسن يشعر بشيخوخته - فى داخله - وعليه التصرف وفق هذا الشعور . ويفيد من قاموا بتأمل هذا الجانب النفسى الداخلى من الشيخوخة بما ينفى الافتراض السابق ، كما تجعلنا ديناميات العلاج الفعلية نتفق معهم فى الرأى . وتحتاج المشكلات التى ظلت معلقة من أيام شباب المسن إلى العناية نفسها من المعالج التى كان سيوليها إياها لو أنه تناولها فى ذلك الوقت (بيريزين وفرن ١٩٦٧) . وجدير بالذكر أن الطرح لا يشيخ بنفس السرعة التى تشيخ بها الأبدان . فالمسن قد يعشق المعالج ، من خلال الطرح ، أو قد يرى فيه صورة والدية عقابية . كما أن المسنة قد تتخيل أنها أنجبت طفلا من المعالج ، بالرغم من فارق السن بينهما والذى قد يبلغ خمسين عاما ، وهو أمر يتفق ونتائج ملاحظاتنا السابقة من أن العقول لا تهرم بنفس الطريقة التى تهرم بها الأجسام ، وأن الخبرة الانفعالية تتجاوز التاريخ والتسلسل الزمنى . ونظرا لطول عمر المريض ، تشمل مصادر الطرح شخصيات مهمة من مرحلة متأخرة من حياته ، مثل الزوج/الزوجة أو الأصدقاء والوالدين على حد سواء . وبالرغم من قدرة معظم المسنين التكيف مع التغيرات المهمة فى حياتهم ، فإن الكثيرين يفقدون مرونتهم النفسية .

أما فيما يتعلق بالنصح ، فعلى المعالج صغير السن ألا يقوم بدور معالج صغير السن ؛ لأن المكانة والسلطة المرتبطتان بلقب "معالج" أو "طبيب" تسبغان عليه نضجا فى نظر المريض يتجاوز سنه ما لم يقم المعالج بما يتعارض مع هذا الانطباع . وقد ينشأ عن هذا الوضع طرح مقابل فى نفس المعالج يتناقض مع ما ذكرناه آنفا عن نظرة المعالج الشاب إلى المسن ، فيخجل من استكشاف حياته بكفاءة أو يعجز عن توجيه العلاج بسبب احترامه للمسنين الذين يرى فيهم صورة للجد أو للجدة (يسافيح وكارازو ١٩٨٢) .

استعراض خبرات الحياة وتوطيدها

تعنى بعض مداخل العلاج بتطبيق منهج إريكسون فى مرحلة العمر الثامنة لمساعدة الشخص على التماسك ولمنع اليأس . ويستطيع المعالج ، بصفته مستمعا يهتم بمريضه ، القيام بدور مرآة تساعده على استعراضه لحياته . والسماح للمريض بالقيام بدور المعلم مطلوب فى هذه الحالة . وتشمل علاجات استعراض السيرة الأكثر تنظيما كتابة الشخص لسيرته الذاتية وتاريخه أو السفر لأماكن لها مكانة خاصة فى نفسه (لويس وبتلر ١٩٧٤) .

وبالرغم من انتشار الاضطرابات العقلية بين المسنين بصفة عامة ، فإن هناك اضطرابات عديدة يستمر مسارها مدى الحياة . فتسود أنواع الخرف العضوى غير القابلة للعلاج أو التعافى ، كما يزداد تكرار نوبات الهوس والاكتئاب ، وإن أصبحت أكثر ضحالة ، وتتخذ البارانويا طابعا " منزليا " ؛ بمعنى أن المريض الذى كان يتهم المخابرات بمحاولة قتله يحول اتهامه إلى ابنته مثلا (بفايفر وآخرون ١٩٧٦) . وتصبح أعراض الفصام أقل ازدهارا ، كما تغلب عليه الأعراض السالبة كالعزلة الاجتماعية وفقدان الدافعية . ويستخدم الممارسون مصطلح "الحالات المستهلكة" عند التحدث عن هذا النوع من الحالات . وهو مصطلح ينقل ما يحدث بدقة لخبو لهيب الفصام الذى كان

مشتعلا فى الماضى . وبالرغم من ذلك ، فعلى المعالج الاستمرار فى إعادة البناء مهما كان عمر المريض .

لذلك ، تولد الاضطرابات التى يصادفها المعالج مشكلات طرح مقابل ذات طابع معين . فالمريضة التى تبلغ ٨٠ عاما وتعانى من أفكار وسواسية خاصة بالموت والعجز تبدو أكثر "اتزانا" فى نظر المعالج من مريض فى الثلاثين ويشكو من هذه الأعراض نفسها . ويؤدى هذا الوضع إلى موافقة المعالج الضمنية على يأس المريضة وتخليه عن مساعدتها على تحسين وضعها . كما قد يثير المريض المسن الذى يخشى الخروج إلى الشارع بمفرده خوفا من السقوط أو التعرض للاعتداء تعاطف المعالج ورغبته فى حمايته .

التعديلات التى تطرأ على فنيات العلاج حتى تناسب المسن

نستطيع ، مما سبق ، استنباط وسائل تساعد المعالج على إشراك المسن فى العلاج التدعيمى على نحو أفضل :

- على المعالج التكيف مع اضطراب المريض الحسى والمعرفى .
- تفرض قيود سن المريض على المعالج أهدافا محدودة والتركيز الواعى على موضوع بعينه .
- عليه أن يتوقع أنه سيمضى جزءاً كبيرا من وقته فى مناقشة أحداث الماضى بدلا من أحداث الحاضر . وأن هذا الاتجاه لا يعكس تجنبا دفاعيا من ناحية المريض ، كما هو الحال بالنسبة إلى صغار السن ، بل إنه استعراض مناسب لخبرة الماضى ووضعها فى مكانها الصحيح .
- على المعالج تقبل قيام المريض بتبدين بعض مشكلاته النفسية .
- يستطيع المعالج إشباع عدد أكبر من حاجات المريض دون ظهور المشكلات التى قد تصدر عمّن أهم أصغر سنا .

- يُنتظر من المعالج الاهتمام بصورة أكبر بوسائل الدعم البيئى ، مثل رفيق يؤنس وحدة المسن ، أو ترتيب توصيل الوجبات إلى منزله ، تربية حيوان أليف . . . إلخ ، واستغلال العلاج وإطاره للتخطيط لبرنامج اجتماعى خاص بالأنشطة الاجتماعية بالاشتراك مع المريض ، وتشجيع تنفيذ هذا البرنامج .
- قد يستخدم المعالج ، مثلما يفعل من الشباب مع المرضى ، فنيات سلوكية أو معرفية أو شخصية تبادلية ، بالإضافة إلى العلاج التدعيمى (موبرج ولازاراس ١٩٩٠) .

ويمضى علاج المسنين النفسى على أفضل صورة ، إذا ما امتنع المعالج عن التخيل بأن المريض يطمع فيما يملكه هو ؛ أى شبابه وفرصه غير المحدودة .

مراحل العلاج النفسى فى حالة المسنين

يحتاج المعالج فى الجلسات الأولى إلى تخصيص وقت إضافى لتناول مشاكل الطرح والطرح المضاد التى وصفناها ، وتحديد دوره التدعيمى . وفى دراسة لازاراس وآخرين (١٩٨٤) ، تبين أن معظم المرضى يساعدون فى توجيه المعالج نحو مدخل تدعيمى يستعين بالتطمين والتشجيع والإيحاء ، بدلا من التوضيح والمواجهة والتفسير . كما أظهر بعضهم إمبائية مضادة عند شعورهم بأن المعالج لا يفهمهم . وكثيرا ما تظهر مشاكل الطرح بسبب تسابق المعالج والمريض على قيادة الجلسة . فيحاول الأول السيطرة على الجلسة ، بينما يحاول الثانى المحافظة على احترامه لنفسه بإظهار نفسه فى صورة الشخص المستقل الذى لا يتخلى عن استقلاليته فى سبيل العلاج . وعلى المعالج تقييم كل حالة على حدة ، وسؤال نفسه عن مدى اطمئنان كل مريض للتحدث معه .

ويعتبر المسنون مقابلة الطبيب النفسى اعترافا بالفشل ، لاسيما إذا كانت المقابلة أول زيارة لهم لطبيب نفسى . ويقترح بعض المعالجين (مثل جولدفارب

١٩٥٥) أن يتعمد المعالج السماح للمرضى بتحقيق بعض الانتصارات فى صراعهم من أجل السلطة ؛ لأنه يدعم إحساسهم بالاستقلال كمرضى مفاوضين .

ويستغرق التقييم المبدئى زمنا طويلا لطول حياة المريض وصعوبة مشكلاته . أما المقابلات اللاحقة فتكون أقصر مدة وعلى فترات متباعدة يعتمد الفاصل بينها على رغبة المريض . وقد يحتاج المعالج إلى أن يكون خبيرا بالطب حتى يتمكن من تقييم علاقة الأدوية بالأعراض ، وللتركيز على الشكاوى الجسمية أثناء مناقشته المريض فى البداية .

ولابد من العناية بتخطيط جلسات العلاج الجمعى التى ينضم المريض فيها إلى أترابه ، كما لايجب أن نغفل أسرته ودورها فى حياته (دور نشط أم سلبى ، فيه تجاهل أم احترام . . . إلخ) . كما قد يحتاج تعرض المسن للأذى بواسطة ذويه إلى تحرى المعالج للأمر . وقد يحتاج تصور أعضاء الأسرة لدورهم فى رعاية المسن ، الذى كثيرا ما تكتنفه الصراعات ، إلى الاستكشاف . فقد يشعر عضو الأسرة المتفانى بعبء تحمل أب أو أم رافضة أو ناكرة للجميل ولا تتقبل جهوده المخلصة لمساعدتها . وقد يتطلب الأمر فى هذه الحالة تدخل المعالج لمنع العلاقة من الانهيار الذى قد يؤدى إلى زيادة عزلة المريض . وتساعد التوعية الأسرية على تقليل فرص تفسير أفراد الأسرة لتغيرات سلوك المسن على أنها معتمدة أو تدل على العدائية (دويتش وروفنر ١٩٩١) .

ونبدأ التقييم بفحص إدراك وتنفيذ وتقدير المريض لدوره . فنسأل مثلا عن مدى شعوره بتقدم سنه وعن نوع أهدافه فى الحياة . وإذا كانت المريضة جدة عمرها ٤٥ سنة ، هل تعتبر أن مهمتها قد أنجزت وأن دورها قد انتهى ؟ هذا ، وقد يؤدى إدمان الخمر بصورة مزمنة إلى تدهور صحة الشخص عند بلوغه الثلاثينيات وتعطل و ظائفه الجسمية . وفى أحيان أخرى ، يتصنع المريض الشيخوخة لأغراض دفاعية أو امتثالا لما يتوقعه من حضارته .

ومع استمرار العلاج ووصوله إلى المرحلة الوسيطة ، يقوم المعالج بحشد وسائل التدعيم الخارجية واستخدام تركيبة المريض الدفاعية لرفع كفاءة أدائه .

فقد لا يتحسن المريض بسبب استمراره فى التخارج لتبرير تدنى أدائه ، ويشمل التخارج الأقل اضطرابا لوم الآخرين حتى يتمكن المريض من المحافظة على احترامه لذاته اللازم لقيامه بمهام ضرورية مثل رعاية زوجه المريضة (لازاراس وآخرون ١٩٨٤) . وقد يتطلب الأمر أيضاً التركيز على شعور المريض بخيبة الأمل فى المعالج لفشله فى أن يكون مصدر التعويض الوحيد الذى يحتاجه المريض (بفايفر ١٩٧٠) . ويستخدم المعالج نفوذه فى هذه المرحلة لإشراك المريض فى العلاجات الجمعية . كما يستطيع ، بالرغم من ضيق الوقت ، أن يهتم باستعراض أنشطة المريض الحالية وواجباته المنزلية .

وهناك من يوصى باستخدام العلاج النفسى المختصر فى الحالات التى لا تتحمل الاعتمادية الممتدة . وبالرغم من ذلك ، فلا غنى عن العلاج التدعيمى على المدى الطويل ، كم أن إنهاء العلاج لا يمثل مشكلة إذا ما قام المعالج بتقليل عدد الجلسات بعد انتهاء العملية العلاجية الأساسية بصورة تدريجية .

ويستطيع العلاج التدعيمى تناول معظم مشكلات المسن بالرغم من حتمية وفاته . ومن الموضوعات التى نصادفها فى العادة ، الحنق على الاعتمادية ، ووفاة الأعزاء أو فقدانهم بسبب البعد أو الإهمال ، وانتهاء الأنشطة المجزية (ماديا وبدنيا) أو ضرورة الاستمرار فى العمل لعدم استطاعة المريض التقاعد . وكثيرا ما نتمكن من إعادة صياغة الأحداث الضاغطة بطريقة إيجابية ، مثلما نفعل بالنسبة إلى التقاعد الذى نعيد صياغته بحيث نبرز للمريض أن الإنتاج لا يقتصر على الجوانب المادية فقط . فإذا كان العمل ركيزة حياة المريض ، قد ينبهه المعالج إلى أنه لم يعد محتاجا الآن إلى أن يعمل من أجل كسب المال بل لزيادة ثقافته ، أو لتعلم رياضات جديدة ، أو تطوير برامج من التمارين أو تحسين مستوى اتصالاته الاجتماعية . ولا نحتاج إلى هذه الأساليب مع من كانوا يستمتعون دائما بالإجازات ، والذى قد يبين لهم المعالج أن كل يوم من الآن فصاعدا قد أصبح إجازة . وينبغى أن تتواءم هذه الاقتراحات مع احتياجات كل مريض .

وتبين الحالتان التاليتان كيف نقوم بتعديل العلاج التدعيمى حتى يناسب الحالات المختلفة .

حالة

السيدة جينسين مريضة مسنة ، تعيش فى مجمع سكنى مريح يطبق برنامجا اجتماعيا جيدا . أدخلت المستشفى لقيامها بإتلاف جدران شقتها . أخذت المريضة فى التحدث بحذر مع المعالج فى البداية ، ثم اعترفت بأنها تسمع أصواتا تحدثها من الجدران ، وأنها حاولت إسكاتها بطعنها بسكين . وبالرغم من تحقيق بعض التحسن بعد استعمال مضادات الذهان ، فإن عزلة المريضة وارتيابها بالآخرين استمرا على ما هما عليه . واستخدم المعالج العلاج التدعيمى مرتين فى الشهر . وأخذ فى تحرى مشاكلها الاجتماعية والأسرية ، فاتضح أن السيدة جينسين كانت تعيش بمفردها ، كما أنها لم تتزوج ، ولم يكن لها أصدقاء مقربون . والأرجح أن شخصيتها كانت فصامية النوع . وكانت علاقاتها الأسرية تتصف بالتطرف الشديد ؛ إذ كانت تعتبر معظم أفراد أسرتها أشخاصا غير مرغوب فيهم باستثناء ابنة أخيها المفضلة التى استعان بها المعالج فى تخفيف عزلتها بأن قامت بتوضيح الأنشطة الاجتماعية لها . وقام المعالج بتشجيعها على إقامة علاقات مع أشخاص يقيمون بعيدا عن مسكنها فى البداية ، وذلك لارتيابها فى جيرانها . وسرعان ما أخذت السيدة جينسين فى الشكوى من التعب من انتقالها إلى مكان النشاط الاجتماعى . فاقترح عليها المعالج الانضمام إلى النادى الاجتماعى الموجود فى مجمعها السكنى ، فوافقت على ذلك . وبالرغم من عدم تحولها إلى شخصية اجتماعية فإنها تمكنت من إقامة علاقات صداقة متصلة مع جارة لها . وواظبت على زيارة العيادة لتلقى الدواء الخاص بحالتها "العصبية" والتحدث مع المعالج مرة كل شهر .

حالة

المستر بالانتين ، ٦٥ سنة ، تقاعد مؤخرا من عمله كمدير ناجح فى مكتب استشارات ، حضر للعلاج من اكتئاب خفيف . وكانت صحته جيدة

من النواحى الأخرى . كما اتضح ، من الكشف الطبى ، أنه لا يحتاج إلى دواء ، فاقترح عليه الطبيب العلاج النفسى . وأفاد المريض أثناء العلاج أن التقاعد فى حد ذاته ليس مشكلة ؛ لأنه لم يقصر اهتماماته على العمل فقط بل جعلها تشمل عددا كبيرا من الأنشطة الأخرى . كما كان فى الماضى يمارس أنواعا مختلفة من الرياضة كالتنس والتزحلق على الجليد . ولم تكن زوجه تشاركه هذه الأنشطة ، وتفضل البقاء فى المنزل ، بالرغم من عدم اعتراضها على خروجه بمفرده مع أصدقائه . وأدى احتكاكه المتزايد بهؤلاء الأصدقاء إلى إحساسه بشيخوخته وشيخوخة زوجه بصورة مؤلمة .

وتركز العلاج فى البداية - باستخدام الإزاحة - على إيجاد وسائل تمكن مستر بالانتين من مساعدة زوجه على التكيف مع خسائرها المادية . وبعد عدد من المرات اتضح للمعالج أن المريض يعانى من مشكلات أخرى لم يتم حلها .

فقد انتقل أحد أبنائه إلى ألاسكا البعيدة ، وكانت علاقة الابن الثانى بأبيه جيدة ، ولكن ميوله الجنسية المثلية كانت تثير مشاعر الذنب فى نفس مستر بالانتين ؛ لأنه لم يبرز ذكورته بالقدر الكافى أثناء تربيته لابنه . واستخدمت الوسائل التدعيمية مرة أخرى حتى نقنع المريض بأن ذلك لم يكن سيغير من الأمر شيئا ، وأن عليه الكف عن توبيخ نفسه على ما يتصور بأنه تقصير فى دوره من حيث هو أب . وكانت القضية الأهم إعادة تشكيل مفهومه عن ذاته حتى تتضمن عناصر من خارج الأسرة ؛ بمعنى أن سهولة تكيف بالانتين مع تقاعده كانت نتيجة توحده بأسرته أساسا بدلا من عمله . وكان ذلك عاملا قيّد نمو شخصيته . فقام المعالج بتشجيعه على تكوين صداقات جديدة ، والتغلب على تخوفه من الإقدام على أنشطة دون إشراك زوجه فيها . كما ناقش المعالج هذه الموضوعات مع الزوجة التى بينت له أن لها مصادر قوتها الخاصة بها وأنها لا تحتاج إلى رعاية مستمرة . وبالرغم من أن كل الحالات لا تنتهى بهذه الصورة فإن الزوجين أفادا من العلاج وتجنّبا بذلك القيام بأدوار اعتمادية متبادلة .

القسم الثالث

تفاعلات

الفصل الخامس عشر

الالتزام باستعمال الدواء

تقوم العلاقة بين العلاج النفسى والعلاج الدوائى على أسس متباينة تتراوح بين التعاون والتهاون المشوب بالحذر والحرب الصريحة . وسنبدأ فى هذا الفصل بتناول آثار الدواء على العلاج النفسى ، ثم أثر العلاج النفسى على استخدام المريض للدواء والتزامه باستعماله .

التفاعل بين الدواء والعلاج النفسى

لوصف الدواء أو النصح باستعماله معانٍ كثيرة ومضامين مختفة وآثار متنوعة على المريض قمنا بوصفها فى الجدول [١٥-١] . وتختلف الآثار الفعلية حسب كل دواء وكل مريض وطبيعة مرضه واستجابته له و اتجاهات المعالج المكشوفة والضمنية التى يشعر بها المريض . وتجعل كل هذه المتغيرات التنبؤ برد فعل المريض المبدئى واللاحق للدواء من الأمور الصعبة . لذلك ، يقوم المعالج بتقييم رأى المريض بصورة دورية . وبالرغم من ذلك ، قد نستعين ببعض الإرشادات .

أولا : تساعد معرفة المعالج لشخصية مريضه على انتباهه لمشكلات معينة . فالمريض الهستيرى قد يبالغ فى الشكوى من الآثار الجانبية أو يشعر بآثار جانبية غريبة ، بينما يخشى مريض الوسواس من فقدان السيطرة على نفسه (ليبويتز وآخرون ١٩٨٦) . ولاستجابات الشخصيات البينية معنى خاص لما قد تنطوى عليه من خطر ؛ إذ تفيد دراسات المسح التى أجريت على من يعالجونها

(والدينجز وفرانك ١٩٨٩) ، أن هذا النوع من المرضى [البينى] يميل إلى كثرة استخدام الدواء وزيادة جرعته واعتباره تعويذة تحتوى على بعض قدرات المعالج السحرية . ومع ذلك ، فهناك إجماع على أن الدواء يدعم التحالف العلاجى مع الشخصيات البينية .

جدول (١٥-١) معانى ومضامين وآثار الدواء من وجهة نظر المريض

المعانى المحتملة [بالنسبة إلى المريض]
أن الدواء هدية يستحقها .
أنه هدية تدل على حب المعالج له .
أنه موضوع عابر يرتبط به .
بديل للوقت الذى يمضيه مع المعالج .
من علامات اعتماديته .
من علامات تدهور حالته .
محاولة يقوم بها المعالج لتسميمه .
يعرضه للإدمان .
نذير بانتهاء العلاج .
بشير بانتهاء العلاج والشفاء النهائى .
دليل على كفاءة أو عدم كفاءة المعالج .
موضوع عابر أو وسيلة اتصال بديلة بالمعالج .
دليل على حب واهتمام وحنان المعالج .

برهان على قدرة المعالج على الشفاء [السيطرة أو القدرة الشاملة] .

معانى أخرى محتملة (صادرة من المعالج) :

" إنك مصاب بمرض خطير" [تكريس لهذه الحقيقة أو محاولة لتخويف المريض] .

" إنك مسئول عن إصابتك بهذا المرض " .

" لا أعرف بالضبط الذى تعانى منه " .

" أخيراً ، أصبحت أعلم على وجه اليقين الذى تعانى منه " .

" لا أعرف بالضبط كيف أعالجك " .

" علاجك يمضى على نحو سيئ " .

" علاجك يمضى على ما يرام " .

آثار محتملة :

يساعد على استقرار روابط العلاج النفسى التدعيمية **عند استعماله فى البداية .**

يقوى التحالف العلاجى **عند استعماله فى أى وقت** .

يزيد الالتزام بجوانب العلاج الأخرى .

يقلل القلق والذهان والأعراض الأخرى مما يحسن العلاج النفسى .

ثانياً : يؤدى وصف الدواء فى وجود توقعات إيجابية لدى المريض إلى ظهور أثر الدواء الإيحائى ، وهو سلاح ذو حدين . فالعلاقة الطبية بين المعالج والمريض تشجع هذا الأثر ، ولكن المريض ينكره خوفا من قيام المعالج بإنهاء العلاج .

ثالثاً : إن فشل العلاج الدوائى قد يضر العلاقة العلاجية أو يفيدها ؛ لأنه يدل على أن المعالج معرض للفشل ، كما يؤكد فى الوقت نفسه ما للعلاقة العلاجية الشخصية بين الطرفين من أهمية قصوى فى إحداث التغيير .

وتفيد معظم الدراسات أن لاستعمال الدواء والعلاج النفسى ، معا ، تأثيراً مسانداً ؛ بمعنى أن التحسن المتوقع فى حالة المريض محصلة عناصر التحسن الناتجة من الجانب الدوائى ، بالإضافة إلى جانب العلاج النفسى . وقد ثبت ذلك على وجه التحديد ، عند الجمع بين مضادات الاكتئاب والعلاج الشخصى المتبادل فى حالات الاكتئاب من جهة ، وعند الجمع بين مضادات الذهان والعلاج الفردى التدعيمى والعلاج الأسرى فى حالات الفصام ، من جهة أخرى . كما اتضحت نتائج مماثلة عند علاج القلق واضطرابات الشخصية . ولم يعد لدعاوى بعض المعالجين النظرية والمذهبية بخصوص إضعاف الدواء دافعية المريض أىّ سند بعد ثبوت بطلانها من الأدلة المتوفرة من التجربة (كليرمان ١٩٧٥) .

وكانت الدراسات تقيّم فى العادة المرضى الذين استعملوا الدواء مع العلاج النفسى من بداية الأمر ، مما يعزز صحة افتراض تساند الدواء والعلاج النفسى ، حتى لو بدأ العلاج الدوائى فى مرحلة مبكرة قبل أن يستقر التحالف العلاجى . ويفيد بايتمان (١٩٨١) وغيره أن الدواء فى حد ذاته يقوى التحالف العلاجى وهو فى مرحلة التكوين لثلاثة أسباب :

التأثير الخاص بالدواء .

تأثير الدواء الإيحائى .

الاشتباك اللفظى حول قضايا خاصة بالدواء والذى يمثل ، فى واقع الأمر ، إزاحة لمشكلات الطرح .

وإذا لم تكن هناك حاجة ملحة إلى استعمال الدواء قد يحس المعالج مع تقدم العلاج بأن فرص تقبله قد زادت واتضح أن التبكير باستعمال الدواء يضاعف

نسبة المرضى العقليين التى تواصل العلاج ، كما ينطبق نفس الشيء - وإن كان ذلك بصورة أقل - على المرضى الذين لا يعانون من الذهان أثناء مراحل العلاج المبكرة (تشن ١٩٩١) .

وبالرغم من تساند الدواء والعالج النفسى ، فإن على المعالج الانتباه إلى الصور الكثيرة التى قد يخل بواسطتها الدواء بالعلاج النفسى وأن يقوم بتحريها بالاشتراك مع المريض . ومن أكثر تلك الآثار ، ازدياد متوقع فى اعتمادية المريض على المعالج بشكل يذكرنا بعلاقة الطفل بوالديه بسبب ما يؤدى إليه الدواء من إشباع فمى ورمزى . وبالرغم من فوائد تلك الاعتمادية فإنها قد تخلق استجابات اتكالية عدائية ، لا سيما بين عديد من المرضى الذين يعتبرون كل من يرعاهم ،بغض النظر عن حسن نواياه ، ذوى اتجاهات سلبية لا همّ سوى استغلاله أو اضطهاده أو غوايته أو هجره . وعلينا ، عند علاج أمثال هؤلاء المرضى ، زرع الثقة فى نفوسهم و استثارة تخييلاتهم وارتباطاتهم المتعلقة بالدواء ومعرفتها قبل وصفه لهم ، مع منحهم أكبر قدر ممكن من التحكم فى قرار استخدام الدواء (واينر وأندريو كايتيس ١٩٨٩) .

وعلى المعالج مقارنة الدواء النفسى بالأدوية الأخرى التى تستعمل لمدد طويلة فى الطب ،مثل الأنسولين أو تخفيض كمية ملح الطعام فى الغذاء ، وذلك عند شعوره بأن المريض يخشى أن يسبب له الدواء الإدمان . فالأدوية السابقة تسمح للمريض أن يحيا حياة طبيعة ، كما أن عدم استعمالها قد يؤدى إلى العجز المزمن . وعلى المعالج وضع التوصيات العديدة الأخرى فى الاعتبار ، عند التمهيد لاستعمال الدواء (الجدول ١٥-٢) .

جدول (١٥-٢) توصيات خاصة بتقديم الدواء للمريض

حدّد معنى الدواء بالنسبة إلى المريض .
ناقش توقعاته .

وضح سبب استعماله فى هذا الوقت بالذات .

اشرح آثار الدواء الجانبيـة وتكاليفه وفعـاليته على المدى القريب والبـعيد بصورة مفصلة .

احصل على موافقة المريض على استعمال كل الأدوية ، وموافقته بصورة مفصلة على استعمال المركبات ذات الآثار الآجلة مثل اضطراب الحركة الآجل Tardive Dyskinesia أو عند استخدام مركبـات بطرق غير تقليدية لم تقرها هيئة الغذاء والدواء الفيديرالية أو التى لا تتفق مع مواصفات الممارسة العامة .

كرر تقييمك لاستجابة المريض للدواء مع اضطراد العلاج .

الالتزام

الالتزام باستعمال الدواء شغل الطبيب الشاغل فى كل التخصصات ؛ ومن ضمنها الصحـة النفسية . وتشير التقـديرات المتحفظة إلى أن ثلث المرضى الذين يستعملون مضادات الذهان يتوقفون عن استخدامهـا ، خلال سنـة من العلاج (كين ١٩٨٦) ؛ وأن ٧٠٪ من المرضى يتـوقـفون عن اسـتعـمـال مضـادات الاكتئاب خلال شهر واحـد من وصفها ؛ وأن نسبة تتراوح بين ٦٠٪ و٨٠٪ من انتكاسات المرض العقلى يعـود إلى التوقـف المبكر عن استعمـال الـدواء (المجمع القومى لتوعية المريض وتزويده بالمعلومات ١٩٨٧) .

إن تنمية استقلالية المريض فى اتـخاذ القرارات الخاصة بالعلاج إلى أقصى درجة ممكنة هى من أهداف العلاج التدعيـمى الرئيسية . فمن حق المريض رفض العلاج إلا فى حالات الطوارئ أو عند إدخاله المستشفى بأمر من المحكمة أو هيئة أخرى ، وعلى المعالج تجنب أى لبس عند توضيح هذا الحق للمريض . وفى معظم الحالات يمثل الالتزام بخطة العلاج هدفا يجاهده المريض طيلة مدة العلاج .

ويشتـمل قرار وصف الدواء موازنة مـزاياه بمخاطره . والواضح أن الدواء عامـل مسـاعـد ضرورى فى مراحل عـديدة من العلاج وفى حـالات مختلفة

من المرض العقلى ، بالرغم من ادعاء البعض عكس ذلك. ومن ضمن الوسائل المتنوعة التى نلجأ إليها عند استعمال الدواء : استعمال الجرعات الصغيرة والكبيرة ، والأدوية التى تستهدف أعراضا بعينها ، وإعطاء الدواء بصورة متقطعة . ولا يحتاج بعض المرضى إلى مزيد من الدواء بعد اختفاء نوبة الذهان المبدئية ، بل علينا التوقف عن استعماله نهائيا لدى نسبة من المرضى المزمنين ، بالرغم من عدم معرفتنا بأية فئة منهم يصلح معها هذا الأسلوب . لذلك ، يكتفى المعالج بتناول العموميات عندما يسأله المريض ما إذا كان الدواء ضروريا بالفعل أم لا . وينبغى الاعتراف للمريض بوجود جوانب غير مؤكدة أو معروفة بصورة يقينية للمريض ، مع تناولها بتفصيل أكبر مع المعالج الذى يصف الدواء . ونعتقد بصفة عامة أن على المعالج اتخاذ موقف واضح فى صالح الالتزام ، وعدم التآمر مع المريض لخداع المعالج الذى يصف الدواء كما يحدث أحيانا .

ما العوامل التى توثر على الالتزام ؟ يصنف ساكيت وهاينز (١٩٧٦) فى عرضهما الموسع الذى يشمل ١٨٥ بحثا تلك العوامل إلى ست فئات تبدأ بأقلها أهمية وتنتهى بأكثرها أهمية . ولقد تأكد من تلك البحوث وجود ارتباطات عديدة ذات دلالة . كما اتضح عدم دلالة عوامل كثيرة كانت تبدو صحيحة لأول وهلة (هاينز ١٩٧٦) .

لقد اتضح **أن للعوامل السكانية [الديموجرافية]** علاقة بسيطة بسهولة الوصول إلى جهات الرعاية الصحية ، ولكن لم يتضح أن لها علاقة بالالتزام . وهذه العوامل الديموجرافية هى : السن ، والنوع والتعليم ، والدخل والحالة الاجتماعية الاقتصادية والديانة . **التشخيص الطبى النفسى** : يرتبط الفصام الضلالى [البارانويدى] والقطبية الثنائية واضطرابات الشخصية ارتباطا سالبا بالالتزام . ولا ينطبق ذلك على متغيرات شدة المرض أو أزمانه . **النظام العلاجى** : يتضمن عددا من المتغيرات الدالة . فدرجة تعقيد ومدة النظام

العلاجى ودرجة تغيير السلوك المطلوبة لاتباعه ترتبط ارتباطا سالبا بالالتزام . وتشير بعض الدراسات إلى تأثير الآثار الجانبية السلبى على الالتزام ، وإن كانت النتائج غير حاسمة . ولم يكن **لجهة العالج** أيضا أى ارتباط مهم باستثناء ضعف الالتزام بين من يترددون على العيادات البعيدة أو من يضطرون إلى الانتظار لمدد طويلة . **والأهم من كل ذلك ، عدم تمكن المعالجين أو من قاموا بمقابلة المرضى من التنبؤ بعدد المرضى الذين يلتزمون بالعلاج .**

وتشمل الفئتان المتبقيتان متغيرات مهمة . فلعناصر **تفاعل المعالج مع المريض** تأثير إيجابى على الالتزام ، بما فى ذلك إشراف المعالج عليه ومدى ارتياح المريض للمعالج أو العيادة من خلال المقابلة ومدى تحقق توقعاته من العلاج . وكانت أهم الارتباطات تلك الخاصة **بخواص المريض السلوكية والاجتماعية** . فعدم التزامه فى الماضى مؤشر قوى ينبئ بعدم التزامه فى المستقبل ، كما أن الدعم والاستقرار الأسريين من العوامل المهمة ، وإن لم يكن لمعلومات المريض عن المرض أى تأثير على عكس المتوقع . بل إنها تؤثر بشدة على الالتزام هو معتقدات المريض الصحية .

ويبدو المريض أكثر استعداداً للالتزام ، وفق النموذج الذى قام بيكر (١٩٧٦) بوضعه ، إذا كان يعتقد أن :

١ - مرضه خطير .

٢ - أن العلاج الذى سيستخدمه فعال .

٣ - أن لديه استعدادا خاصا للإصابة بالمرض .

والمعتقدان ١ , ٢ جزء من مجموعة من المعتقدات الخاصة بأهمية تخفيف ما يمثله المرض من تهديد . أما المعتقد الثالث فخاص بدور الالتزام فى تخفيف هذا الخطر . وتخلق هذه المعتقدات ، بالإضافة إلى العوامل الدافعية ، الاستعداد للالتزام بالعلاج الذى تغيره أو تدعمه العوامل السكانية والاجتماعية

والعلاجية التى ذكرناها آنفا :

هذا ، وقد أضافت البحوث الـتى أجريت على المرض النفسى إلى النتائج السابقة ؛ إذ يتغير الالتزام إلى حد ما وفق :

١ - وسائل اجتماعية سلوكية تتناول معتقدات المريض .

٢ - وسائل تقنية تستهدف خصائص النظام العلاجى .

وغنى عن البيان أن اختيار المعالج للوسائل الثانية يجب أن يكون متفقا مع المجموعة الأولى .

الأساليب الاجتماعية السلوكية

لمعظم المرضى مفـهومه الخاص عن مـرضه الناشئ عن تاريخه الشـخصى وتعليمه والثـقافة التى ينتمى إليـها . وعلى المعالج التوصل إليـه حتى لا يقدم لمريضـه شرحا يتـعارض مع المفـهوم أو لا يتنـاسب معه . كـما ينبـغى وضع الجوانب العلمية البسيطة وغير المهـمة فى الاعتبار . فقد تبين من البحوث التى أجرتها شركات الأدوية أن تغيـير حجم أو لون القرص يؤثر على التزام المريض (باكالو وساليس ١٩٨٦) .

وقد لا يوافق المعالج فى قـرارة نفسه على مفهـوم المريض « غير العلمى » عن المرض ، ومع ذلك عليه أن يقدم له تفسـيرا معقولا ومتفقـا مع مفهومه . فقد يقـبل مريض الذهان تفسير مرضـه على أنه نتيجة لعدم توازن تركـيز مواد كيمائية فى المخ ، والمتفق مع تصوره الأدوية النفسـية بأنها مثل الفيتامينات التى تؤثر على جسمه . ويعـتقد المكتئبون فى التفسـير النفسى لمرضهم ؛ لأن ذلك يعنى بالنسبـة إليهم أن مرضهم ليس مفروضا عليهم من جهة خارجية (بيرستن ١٩٨٥) . كما يصمم بعضهم على عدم الالتزام باسـتعمال مضادات الاكتئاب ؛

لأن الدواء يعنى أن لا سيطرة لهم على مرضهم . وقد يتجه المعالج فى مثل هذه الحالة إلى تقديم المرض على أنه ناتج عن خلل فى ناقلات المخ العصبية التى يستطيع المريض التحكم فيها بواسطة استخدامه للدواء ، مثلما يحدث فى حالات فقر الدم أو نقص الفيتامينات .

حالة

شاب مصاب بالفصام ، ويعانى من طنين فى الأذنين يعزوه إلى محاولة الشرطة السيطرة على مخه . وقام الأطباء بفحص الجهاز العصبى والأذن بصورة مستفيضة ، ولم يتضح وجود سبب عضوى للطنين ،وإن كان من المؤكد من التشخيص أنه مريض . ونستطيع تصنيف الوسائل التى يستطيع المعالج استخدامها إلى فئتين : يشعر به . وكان يعالج منذ عدة سنوات بجرعات صغيرة من مضادات الذهان إلى أن حُوّل إلى طبيب نفسى جديد أراد زيادة الجرعة . واعترض المريض لاعتقاده بأن ذبذبات الصوت التى سمعها خارجية المصدر ،وأن الدواء لن يؤثر عليها .

واستخدم الطبيب تشبيهات مختلفة مثل النظارات الشمسية والكلام من البطن ليثبت للمريض أن المدركات الحسية قد تصدر من مكان يختلف عما كنا نتصوره فى البداية . واستمر المريض فى رفض الدواء ؛ لأنه لا يتفق مع مفهومه عن المرض فهو لا يعتقد أن به خللا داخليا . فقال له المعالج أخيراً إن عليه أن يتصور أن الدواء مثل سدادة الأذن التى تمنع وصول " الذبذبات" إليها . فاقتنع بهذا التشبيه ووافق على زيادة الجرعة .

ويبيّن المثال السابق ضرورة التعامل مع معانى الدواء التى تؤدى إلي عدم التزام المريض بشكل خاص. فعلى المعالج أن يتعامل مع شعور المريض البارانويدى بأن السم والدواء شيء واحد ، أو عدم التزام مريض الاكتئاب بالدواء لرغبته فى التفكير عن خطايا وهمية أو تافهة . ويتكون لدى العديد من المرضى المزمنين معتقدات خاصة بهم تتعلق بفعالية بعض الأقراص والأنظمة

العلاجية . فقد يصرون على تناول الجرعة ككل قبل الإيواء للفراش أو فى الصباح ، كما قد يخشون أن يفقد الدواء فعاليته عند استعماله بصورة يومية فيحرمون أنفسهم بذلك من وسيلة يلجأون إليها عند إصابتهم بالذهان أو يرفضون أدوية معينة بسبب شكلها أو يصرون أن يكون الدواء من لون أو حجم معين ؛ لأن الحبوب " الحمراء " أو " الأقراص " الكبيرة أكثر فعالية .

وعلينا سبر غور تأثير مثل هذه المعتقدات على الالتزام ، والبحث عن نظام علاجى يتفق معها . ويتطلب ذلك مراعاة الطقوس والمعتقدات الثقافية **المهمة بالنسبة إلى المريض** حتى لو كان المعالج يرى أنها لا تساهم فى تأثير الدواء الفارماكولوجى . كما ينبغى على المعالج مراعاة جمود المريض وحرفية تفسيره للتعليمات . فالمريض الذى ينسى ، مثلا ، أخذ أقراص الساعة الثانية عصرا ، ويرفض تناولها بعد ساعتين ؛ لأنه يعتقد أن ذلك قد يكون خطرا أو إذا كان استعمال الدواء مرتبطا بالوجبات ، قد يتعمد المريض عدم استعمال الدواء أو ينسى استعماله إذا فاتته وجبة . ولقد اتضح وجود علاقة قوية بين مشاركة المريض فى التفاوض مع المعالج على قضايا الأدوية والخطة العلاجية ككل من جهة ، والالتزام من جهة أخرى (أيزنتال وآخرون ١٩٧٩) . وعلى المعالج تشجيع المريض على الإفصاح عن مخاوفه وقلقه عند زيادة أو تغيير الجرعة . ويوصى البعض بالسماح لبعض المرضى بتنويع الجرعة يوميا نظرا لشعورهم بأن الدواء يمثل نوعا من أنواع التحكم فيهم . وتفيد هذه الطريقة بصورة خاصة إذا كان المعالج النفسى هو نفسه الذى يصف الدواء ، أو إذا تشاور مع من يصفه لما يتطلبه وصف الدواء من إلمام بعلم الأدوية . فقد ننوع فى مضادات الذهان مثلا عدة مرات ، وذلك لطول نصف عمرها (*) البلازمى وكثرة استخداماتها العلاجية ؛ إما إغفال جرعة قصيرة المفعول مثل مضادات الشلل الرعاش

(*) نصف العمر البلازمى Plasma Half life : هى الفترة الزمنية بالساعات التى يستغرقها الجسم فى التخلص من ٥٠٪ من الدواء . [المترجمان] .

أو مضادات القلق فقد يؤدى إلى أعراض اضطراب المسارات الهرمية الخارجية فى حالة الدواء الأول أو إلى انتكاس القلق فى حالة الدواء الثانى .

وتعتبر " الرغبة فى الجنون " (فان بوتن وآخرون ١٩٧٦) من عوامل عدم الالتزام المهمة فى حالات الفصام والقطبية الثنائية . ويعنى هذا المصطلح أن لبعض جوانب المرض العقلى مزايا تجعل المريض يتمسك بأعراضه . فقد وجد فان بوتن وزملاؤه أن المتغير الأساسى الذى يفرق بين مرضى الفصام الملتزمين وغير الملتزمين ، هو الشعور بالعظمة المنسجم مع الأنا بعد التوقف عن الدواء لدى المجموعة الثانية .

الاستبصار هو إدراك الشخص أنه مصاب بمرض خطير يحتاج للعلاج . وقد يبدو لأول وهلة أنه عامل يشجع الالتزام ، إلا أن ذلك لم يثبت من دراسات فان بوتن وزملائه . والسبب المحتمل لذلك ، أن الاستبصار - وفق التعريف السابق - يساهم فى عدم الالتزام فى الاضطرابات العقلية ؛ لأن الموافقة على استعمال دواء تعنى اعترافا ضمنياً أن من يستعمله مصاب بمرض عقلى ، مع ما يتضمنه ذلك من وصمة . كما أن الدواء يذكر من يستخدمه بهذه الحقيقة يوميا (وايدن وآخون ١٩٨٦) . فعدم الالتزام فى هذه الحالة تعبير صارخ عن الإنكار . ومن المؤسف حقا ، أن إهمال استعمال معظم الأدوية النفسية باستثناء مضادات القلق لا يؤدى إلى الانتكاس الفورى .

وفى الوقت الذى تبدو فيه مهمة المعالج التدعيمى ترغيب المريض فى الوصول إلى حالة صحية أكثر إرضاء له و تحسين دافعيته حتى يحافظ عليها ، يتطلب الأمر أحيانا إنجاز تلك المهمة مع استمرار المريض في إنكار وقصر استعمال الدواء على علاج أعراض منتقاة مثل القلق أو الأرق أو صعوبة التركيز ، ويختفى الاستبصار فور انتكاس المريض ، ولكنه يتعلم مع ذلك البحث عن العلاج عند ازدياد أعراضه سوءا . لذلك ، علينا أن نخصص لدعم دافعية المريض والتزامه بالعلاج وقتا أكبر من ذلك الذى نخصصه لتوعيته بطبيعة المرض .

كما ينبغي فى الوقت نفسه أن يستكشف المعالج احتمال سوء استخدام الدواء أو **المبالغة فى الالتزام** التى تنتج من زيادة الجرعة بصورة غير مناسبة ، أو تعمد الإفراط فى استخدام أدوية عديدة من عيادات مختلفة أو استعمال مركبات متماثلة من عبوات مختلفة [كأن يحمل نفس الدواء أسماء تجارية مختلفة] . وقد تعطى الأسر الدواء للمريض فى الوقت الذى يستعمله فيه بنفسه ، كما أن بعض المرضى يزيد جرعة الدواء تحسبا لفحص تركيزه فى الدم .

السياسة العامة فى دعم الالتزام بالدواء

ينبغى أن تأخذ التعليمات الخاصة بالعلاج معتقدات المريض الصحية بعين الاعتبار . كما يجب مواءمة نظم العلاج على قدر المستطاع مع أسلوب حياة المريض لما تسببه تلك الأنظمة من تغير واضح فى سلوكه قد يضعف الالتزام . وعلينا توقع ذلك إذا كان المعالج يجهل نمط حياة مريضه ، فيصف المهدئات ليلا لمن يعمل فى تلك الفترة من اليوم فقط ، أو يصفه فى أوقات بجرعات لا تتفق مع مواعيد الوجبات أو مواعيد العمل أو نظام تنقله اليومى .

ويفيد التدرب على شئون الدواء المدرج ضمن برامج تدريب المرضى المزمنين على المهارات الاجتماعية هؤلاء الذين يعجزون عن التعامل مع دوائهم بشكل خاص . فالمرضى الذين يعانون من أعراض الفصام السلبية نطلق عليهم " غير الملتزمين السلبيين " (وايدن وآخرون ١٩٨٦) ؛ لأن عدم التزامهم لا يصدر من رفض إيجابى للدواء . وعلى المعالج معرفة ما إذا كان الدعم الاجتماعى للمساعدة فى استعمال الدواء أمر يقبله المريض ؛ لأن بعضهم يخفى دواءه عن أسرته أو يرفض تناوله أمام الغير .

ويبالغ معظم المرضى فى مدى التزامهم عند سؤالهم عنه صراحة . ونستطيع التوصل إلى الحقيقة باستعمال أسئلة لا يشعر بأنها تهدده ، كأن نلمّح

له بأن الناس تنسى بصفة عامة استعمال الأدوية . كما أن قيام المعالج بالكشف عن بعض عـاداتـه المخبـوءة مثـل " أنسى تناول الدواء الذى يصفه الطبيب " قد يشجع المريض على توخى الـصدق عند رده (ديماتيو ودينيكولا ١٩٨٢) . ومع كل ذلك ، لا نتمكن من اكتشـاف سوى نصف المرضى غير المتلزمين عند استخدام الأسئلة المباشرة (سـتيورات وكارانازوس ١٩٨٩) . لذلك ، نستعين بالوسائل الموضوعية عند الحاجة إلى التأكد . وجدير بالذكر ، أن عددا لا بأس به من المرضى لا يسلم الوصفة للصيدلية أبدا ، كما لا يذهب بعضهم لاستلام الدواء . ونستطيع اكتشـاف هذا التقصير بوسائل المتابعة الصـيدلانية . ونفضل عادة قـياس تركـيز الدواء فى الدم بصـورة عشوائيـة ؛ لأن بعض المرضى يزيد الجرعة ، كـما يتخلف البعض الآخـر عن الحضور عند إجراء التـحليل بصورة منظمة .

وفى الجدول [١٥-٣] قائمـة بالوسائل الاجتمـاعية السلوكيـة والفنيات المستخدمة .

الجدول (١٥-٣) طرق تحسين الالتزام

أساليب اجتماعية سلوكية
ناقش مع المريض معتقداته الخاصة بالدواء .
ادعم مزايا التحسن ، ولكن لا تعارض الإنكار الضرورى .
تفهم اعتراضات المريض على الدواء .
فنيات علاجية :
أضِـف على النظـام العـلاجى طـابعـا شخـصيـا يتفق واحـتيـاجات المريض ومعتقداته الصحية .

حاول تبسيط نظام استعمال الدواء [أدوية قليلة وجرعات قليلة] .

استمر فى اتباع النظام الفعال [لا تغير نوعا من الدواء بدون سبب] .

تابع النظام العلاجى [بطريقة غير ملحوظة عند الضرورة ، وبالوسائل الموضوعية مثل التحليل عند الحاجة] .

قم بعدّ الأقراص عند زيارة المريض للعيادة أو اطلب منه عدها وإخطارك هاتفيا .

واجه العيانية والجمود بوضع القواعد وإجابة الأسئلة الخاصة بحدود التغيير فى نظام العلاج التى تسمح بها .

زوّد المريض بالتعليمات ، واكتبها ، وكررها حسب الحاجة .

أرفق تعليمات محددة بكل عبوة دواء .

لا تفترض أن المريض يستطيع القراءة أو قراءة الحروف الصغيرة .

وإذا ما تذكرنا بعض العوامل التى تزيد الالتزام ، مثل ارتياح المريض للعلاج وتحقق توقعاته منه ، فعلينا أن نتأكد من أن زيادة هذه العوامل ، بصفة عامة ، يتحقق من خلال العلاقة التدعيمية الوثيقة الموصوفة ضمن أسس العلاج فى هذا الكتاب . وتفيد البحوث الحالية بأهمية الوثوق فى معالج ودود تسهل على المريض ألفته ، يقدّر مرضاه ويعاملهم باحترام .

الآثار الجانبية

على الرغم من عدم ثبوت وجود علاقة قوية بين الآثار الجانبية والالتزام (ساكيت وهينز ١٩٧٦) فإن جمهور الأطباء النفسيين الذى يصف الأدوية يجمع على أن ظهور الآثار الجانبية ، لا سيما الخطيرة منها أو المزعجة ، يعوق الالتزام .

١ - آثار الأدوية النفسية الجانبية خطرة ومتنوعة ، وتشمل اضطرابات الحركة ، والوظائف المعرفية والجنسية .

٢ - لا تؤدى الآثار الجانبية إلى عدم الالتزام فى كل الأحوال ،وإن كان المرضى النفسيون يميلون بصفة خاصة إلى تجنب الأدوية ذات الآثار الجانبية الشديدة .

٣ - كثيراً ما يتجنب المرضى ذكر الآثار الجانبية كسبب لعدم التزامهم . ولعل ذلك هو أحد أسباب الارتباط الضعيف بين الآثار الجانبية والالتزام الذى توصل إليه هينز (١٩٧٦) من دراسته . هذا ، وتشير دراسات أخرى إلى وجود علاقة مؤكدة بين آثار جانبية مختلفة (مثل عسر الحركة الآجل) وعدم الالتزام (فان بوتن ١٩٧٤) .

ونستطيع الاستعانة بوسائل كثيرة لمواجهة هذه المشكلة . ويوصى بعض الممارسين بو سف الأدوية التى تمنع الآثار الجانبية للمرضى المعرضين لها بشكل خاص ، ن كانت تلك القضية ما زالت محل نقاش . وعلى أى حال ، فإن خبرة المريض السابقة بالدواء قد تكشف عن آثار جانبية معروفة وغير معروفة كان لها دورها فى عدم التزامه .

فالحساسية للدواء [أو لمكونات غير أساسية يحتويها مثل صبغة الطرطارازين] تحدث بكثرة ولا ينبغى إغفالها ،وإن كانت معظم " أنواع الحساسية " لمضادات الذهان ليست فى واقع الأمر سوى استجابات حادة صادرة من المسار الهرمى الخارجى .

ومن حق المريض الحصول على معلومات خاصة بآثار جانبية معينة ؛ إذ يمنع ذلك فى العادة حدوث القلق والأخطار التى قد تصاحب آثارا غير متوقعة ، مثل الدوار أو هبوط ضغط الدم الانقباضى . إن هذا النوع من التوعية لا يقلل

الالتـزام ولا يزيد من حـدوث الشكوى من الآثار الجـانبـية (بروان وآخـرون ١٩٨٧) . كما يجب فى نفس الوقـت أن لا نهول من شأن تلك الآثار ، بل علينا أن نبدأ بتناول مزايا الدواء ، قبل التطرق إلى آثاره الجـانبية ؛ لأن التهويل يخيف أى شخص يقبل على استعمال الدواء لما ينقله إليه من إحساس بأن خطر الأدوية يفوق فوائدها . فضلا عن أن التهويل يزيد من انتباه المريض لإحساساته الجسمية الطبيعية ، فيشكو منها على أنها آثار جانبية .

ويستـغل بعض المرضى الآثار الجانبيـة لإشباع حاجـات دينامية دفاعـية . فيقوم البارانويدى ، مثلا ، الذى يخـشى سيطرة المعالج عليه وإلحاقه الضرر به بإسقاط مخاوفه على الآثار الجانـبية (بروك ١٩٨٧) ؛ كما أن مريض الهوس قد يخشى فـقدان الإبداع الفكرى ، أو تبلد التفكير ، أو اختـلال قدراته الفنية اليدوية بسـبب الرعشة التى قد يسـببها الـليثيام . وبالإضافـة إلى ذلك ، قد تكون زيادة الشكوى مـن الآثار الجانـبيـة مـؤشـرا بأن المريض قـد توقف عن استـعمـال العلاج ، أو أنه ينوى التـوقف عن استـخدامه ، أو قـد يكون من علامات الانتكاس ، وإن كان علينا أن نبدأ بتصديقه .

ثنائية المعالج النفسى - المعالج الذى يصف الدواء

إن التدريب المهنى والسيـاسة الخاصة بالممارسـة ، هى التى تحدد فى العادة ما إذا كان المعالج النفسى سـيقوم أيضا بوصف الدواء . والسؤال هو : هل إذا كانت هناك فرصـة للاختيار هل نقبل أم نرفض ؟ فى الجـدول (١٥-٤) قائمة بالعوامل التى تؤيد وتلك التى تعارض فصل مهـام المعالج النفسى عن مهام من يصف الدواء . وما جـاء فى الجدول لا يعدو أن يكون إلا مجـرد توصيات ، وليست إرشادات يتحتم على المعالج اتباعها .

جدول (١٥-٤) الفصل بين المعالج النفسى والمعالج الذى يصف الدواء

المرضى الذين يستفيدون من فصل مهام المعالجين .
من يرهبون السلطة من المرضى .
من لديهم تحفظات شديدة على الدواء .
المصابون بالأمراض الجسمية الذين يشعرون بالغضب .
معظم الشخصيات البينية [لما يشعرون به من غضب عند مناقشة مشكلات الدواء ولاستخدامهم عدم الالتزام وسوء استعمال الدواء للتعبير عن مشاعرهم] .
المرضى الذين يستفيدون من توحيد المهمتين العلاجيتين .
عدد كبير من مرضى الفصام .
المرضى المتسلطون [ومن ضمنهم بعض الشخصيات البينية] .
المرضى الاعتماديون .
المكتبئون الذين يحسّن الإشباع الفمى الذى يوفره الدواء قدرتهم على التحالف العلاجى .
المرضى الذين يحتاجون إلى تغيير الدواء بكثرة .
المرضى الذين لا يتأثرون بالفصل بين المهمتين .
المرضى القليلون الذين لا يلعب الدواء دورا مهما فى علاجهم ، هذا إن وجد مثل هؤلاء أصلا !

عندما يعانى المرضى من مشكلات الالتزام ، يستحسن الفصل بين شخص المعالج النفسى وشخص من يصف الدواء ، لما يسمح به مثل هذا الفصل للمريض من القيام بدور مختلف مع كل معالج . فيجد سهولة فى مصارحة المعالج النفسى بمشاكله الخاصة بالالتزام . وإذا حدث ذلك ، على المعالج أن يبين له أن عدم التزامه لن يؤثر على استمرار العلاج . إن الفصل بين شخصى المعالجين يشجع التقديس أو التحقير البدائيين ، ولكنه فى الوقت نفسه يؤدى

إلى قيام المريض بدور أكثر صدقا مع المعالج النفسى وبدور آخر أكثر رسمية وتحفظا مع من يصف الدواء ، والذى قد يتحول إليه الشق السلبى من الطرح . ويسمح مثل هذا الانشطار للمعالج والمريض بالتحدث عن جوانب طرحهما السالبة من خلال الإزاحة دون تناولها صراحة . والطرح المشطور بين المعالج النفسى ومن يصف الدواء مثَل من أمثلة إزاحات الطرح التى تحدث عندما يقوم أشخاص عديدون بمعالجة المريض ، كما أنه لا يقتصر على الحالات التى تستخدم وسائل دفاعية بدائية .

وفى حالة جمع المعالج للصفتين ، يعتبر وصف الدواء عن طريق الفم نوعا من أنواع الأطعام الذى يشبع المريض . ولقد تبين أن هذا الأسلوب يحسّن التزام معظم مرضى الاكتئاب (شوارتز ١٩٨٨) . وقد نجد فى نفس الوقت أن استعمال الحقن مؤلم فى كل الأحوال ، لما يحيط به من إيحاءات عدوانية وضلالات طرحية . لذلك ، ينبغى قيام أشخاص لا تربطهم بالمريض علاقة وثيقة القيام بإعطائه الحقن .

الفصل السادس عشر

الشئون العائلية

كلما تقدم المعالج فى معرفة المريض يزداد علمه بأسرة المريض ، وتحتل العلاقات الأسرية الكثير من وقت الجلسة . ورغم أنه توجد حالات كثيرة يرغب فيها المعالج بالقطع فى تجنب رؤية أسرة المريض لأسباب دينامية ، فإن بعض الفرص السانحة قد تسمح له بتكوين فكرة عن الأسرة وسلوكها . كذلك ، فإنه فى المستشفيات والعيادات الخاصة أو مراكز الرعاية النفسية ، قد يُطلب من المعالج أن يرى الأسرة بناء على طلبها أو بناء على طلب المريض أو المؤسسة .

أما المعالجون الذين يتولون علاج الأسرة على المدى الطويل ، فعليهم أن يستوعبوا أشكال العلاج الأسرى السائدة ، مثل العلاج النسقى والاستراتيجى والتناقضى . وفى هذا الفصل سنقدم الخطوط العريضة للمعالج الفردى الذى لديه صلات بالأسرة كجزء من العلاج الفردى .

إنشاء علاقة تدعيمية مع الأسرة : إن اتخاذ قرار بتضمين الأسرة فى علاج المريض قد يكون هو نفسه مثارا للجدل . فلكى يكون ولاء المعالج للمريض واضحا ، يجب أن يوافق المريض على إدراج الأسرة فى العلاج ، بالإضافة إلى أن ذلك يحمل أملا فى فائدة علاجية للمريض . ولذلك ، فإن إدخال الأسرة قد لا ينصح به للزوجين أو المرضى الذين لا يعيشون مع أسرهم ، والذين لا يرغبون فى مساعدتهم .

وفى غالبية الحالات لا يعارض الأطراف بشكل ظاهر الاجتماع مع الأسرة ، إلا أن المعالج يجب أن يعلم أنه سيتعامل مع كل من مريض نافر يحمل شعورا عظيما بالذنب ، وأسرة لا تريد أن تزيد من تفاقم الضغط الحاد للمرض بأن تفتح جروحا نفسية من خلال المواجهة . ونظرا لما بينته الدروس

التاريخية للعاملين فى هذا المجال من أن التركيز على الجوانب السلبية للمرضى والخبرة الأسرية قد يؤدى إلى توقف العلاج ، فإن الجمع بين المريض والأسرة يتطلب تدخلات ترفع من قدر الذات ، بدلا من الأساليب المثيرة للقلق التى تتبعها المدرسة الدينامية . ولقد وجد أن حدوث تفاعلات انفعالية تدعيمية مع المعالج هو العنصر الأقوى تأثيرا فى رضا الأسرة عن أصحاب مهنة الصحة النفسية . بل ونعتقد أيضا أنه لكى تتدخل الأسرة تدخلا ناجحا فى العلاج ، يجب أن تستفيد هى الأخرى ، بالإضافة إلى ما سيستفيده المريض ، مثل التخفيف عن معاناتها من مشكلات أسرية أخرى .

ويطلق على التدخلات التى تقدم مثل هذا التدعيم " الإرشاد النفسى الأسرى التدعيمى " حتى نفرق بينه وبين العلاج الأسرى الخالص . ففى النوع الأول تستخدم أساليب تعليمية ، وتعامل الوحدة الأسرية على أنها سليمة فى الأساس . أما فى الحالة الثانية ، فيتبع أسلوب غير مباشر يثير الصراعات الأسرية الكامنة ويحاول تغيير البناء الأسرى الأساسى .

ولسوف نتعرض ، هنا ، لواحد فقط من الأنواع العديدة لبرامج التدعيم الأسرى ألا وهو المدخل النفسى التربوى لعلاج الفصام والذى ابتدعه أندرسون وآخرون (١٩٨٦) ، والذى استخلصوه من عدة دلائل ونتائج للبحوث . فهناك ، أولا ، الأعمال التى بينت أن مرضى الفصام ينتكسون بدرجة أقل فى الأسر التى تنخفض فيها درجة ما يسمى " بالتعبير الانفعالى " ومكوناته هى : النقد ، العداوة واقتحام الشئون الخصوصية . وسوف نتناول فيما بعد جدول أعمال الأسرة لمعالجة تلك المشكلات . ولكن من وجهة نظر المريض ، يتضمن جدول الأعمال عادة تقليل الاتصال الاجتماعى بأعضاء الأسرة بتزويده بفترات راحة وأنشطة يومية بديلة (ليف ١٩٨٩) .

ثانيا : هناك ما يشير إلى أن الضغوط - فى المرض النفسى بشكل عام - تزيد من قابلية المريض للانتكاس و تضعف المقاومة وتسهل الانهيار . ويعانى

مريض الفصام بشكل خاص من عيوب معينة فى العمليات المعرفية و فى عملية تنظيم المعلومات ؛ الأمر الذى يزيد من عجزه عن مواجهة المواقف الانفعالية الضاغطة أو الجديدة .

ونورد فى جدول (١٦-١) الخطوط العريضة للأهداف الأساسية للطريقة النفسية التربوية .

جدول (١٦-١) مبادئ الأسلوب النفسى التربوى للأسرة

تحالف علاجى تدعيمى مع كل من المريض والأسرة .
تقديم معلومات تربوية بشأن المريض .
توفير بيئة اجتماعية ذات مستوى منخفض فى " التعبير الانفعالى " .
تكامل تدريجى بين المريض والأسرة ، وكذلك بين الأدوار الاجتماعية والمهنية .
نقل المريض إلى مؤسسة علاجية مع استمرار الرعاية .

وقد طبق هذا النموذج أيضاً فى الاضطرابات الوجدانية (هولدر وأندرسون ١٩٩٠) . ويحتاج البرنامج الأسرى النفسى التربوى ،شأنه شأن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، إلى قدر كبير من البناء والتفاصيل ، إلا أن الكثير من عناصره يمكن إدماجها فى الاتصالات العادية بين المعالج والأسر .

ومع أن هذا التناول يقدم تحولا - نرحب به - عن الفرض الذى لم يعد مقبولا اليوم ، وهو اعتبار الأسرة السبب الرئيسى فى الفصام ، إلا أنه يتعين على المعالج أن يحذر الاسترسال فى التبسيط المخل . فالتطبيق المناسب للطريقة النفسية التربوية يتطلب قدرا كبيرا من المهارة ؛ إذ قد يؤدى إهمال النقاط التالية إلى نسف العملية العلاجية برمتها :

١ - **للأسرة مشكلاتها الخاصة** : إن التركيز على المريض باعتباره "المشكلة"

والانصراف عن أى شىء آخر ، عادة ما لا يكون دقيقا . وللمنهج النفسى التربوى "ميزة" تقديم تفسير لمشكلة الأسرة [مثل جعلها المريض كبش فداء لها] .

إن هذا النوع من لفت الأنظار للمشكلة قد يزود بعض الأسر بقضية تلتف حولها ، ويحول بالتالى دون تفككها . و لكنه أيضا قد يصرف أنظار البعض الآخر عن مهمة حل مشكلاته الخاصة ، بما فى ذلك مشكلة المريض .

٢ - يخلق المرض مشكلات أخرى للأسر تحتاج إلى علاج خاص بها : ويشمل ذلك فقدان الدخل ، وتكاليف إعانة المريض ، وتولّى أفراد آخرين فى الأسرة مهمة رعاية المريض ، وانعزال الأسرة عن الجيران والمجتمع نتيجة لوصمة المرض العقلى وأعبائه .

٣ - قد يؤدى استخدام النموذج النفسى التربوى إلى تفاقم خلل أداء الأسرة لوظائفها الذى قد يحتاج فى حد ذاته إلى العلاج : إن الانشغال الزائد ، الذى ثبت أنه يرفع من مستوى " التعبير الانفعالى " قد يزيد هو نفسه عند استخدام النموذج النفسى التربوى .

٤ - إن تحديد المريض بأنه " المشكلة " قد يحقق رغبة ذاتية يشعر بها بعض أفراد الأسرة : لقد أدرك المعالجون الأسريون ، منذ مدة طويلة ، أن بعض أفراد الأسرة يتعلم عن طريق تحوله إلى رمز لمشكلات الأسرة طرقا لصرف الأنظار عن جوانب أخرى مختلة فى أداء الأسرة . وعند تعافى المريض ، يحاول عضو آخر فى الأسرة القيام بدور المريض لكى يستمر نمط الأداء المضطرب .

٥ - قد تكون للأسر مصلحة فى تخريب العلاج : ينقل النموذج النفسى التربوى ، باعتباره نابعا من المجتمع ،مسئولية الرعاية إلى الأسرة ، التى قد تشعر بأنها غير قادرة على تحمل تلك المسئولية . لذلك ، قد يكون من مصلحتها - وفقا لما تراه - أن تُودِع المريض المستشفى حتى تثبت أن المجتمع لا يستطيع تحمله .

ومع وبضع هذه المسائل فى الاعتبار ، يمكن للأسلوب النفسى التربوى أن يكون ذا فاعلية ، إذا لم يصبح المريض بؤرة الاهتمام . ويترتب على ذلك أن يرى المعالج بانتظام - ولو على فترات متباعدة - الأسرة بمفردها ، حتى لو كانت معظم المقابلات تتم فى حضور المريض . وقد يساعد الاتصال الهاتفى عند تعذر حضور أعضاء الأسرة .

مراحل العلاج

إن استجابة الأسرة للمرض النفسى توازى استجابتها للمرض الجسمى . ولقد قسمنا تلك الاستجابات إلى ثلاث مراحل مع أنواع التدخلات الملائمة ، كما هو موضح فى الجدول (١٦-٢) .

جدول (١٦-٢) مراحل استجابة الأسرة للمرض النفسى

الإنكار	تقييم الأسرة . بناء التحالف . المشاركة وعدم القيام بدور الخبير . الاستناد إلى تشخيص مبدئى .
تقبل الخسارة والتكيف معها	إعلام الأسرة بماهية العملية المرضية . تقليل المبالغة فى الانشغال بالمريض ونقده . التمييز بين الإهمال النافع ووضع الحدود .
التعامل على المدى الطويل وتثبيت القيام بالوظائف	تنمية دور مساندة الأسرة للمريض . إعادة الأسرة إلى أعلى درجات قيامها بوظائفها . تمكين الأسرة من التقاط علامات الإنذار الدالة على الانتكاس . تعيين الأدوار الأسرية المفسرة والمسائل الديناميـة بعيدة المدى . تدعيم الأسرة فى رعاية المريض وتوقى الانتكاس .

تستجيب بعض الأسـر ، فى بداية الأمر ، إلى المرض الحاد بشكل دفاعى بالغضب والإنكار . وغالبا ما يزيحون غضبهم فيصبونه على موظفى المستشفى ، وتكون توقعـاتهم الأولى هى شفـاء المريض باعـتبـار أن ما أصـابه مرض حـاد قابل للشفاء (وفق النموذج الشائع) ، وأحيانا تنتعش آمالهم بالتحسن السريع الذى يطرأ إثر تناول الأدوية . و لكن سـرعان مـا تنهار وتتـحول إلى غـضب واكتئاب عند الانتكاس . وقد يزداد غضبهم من التلميحات التى تشير إلى أنهم لا يساعدون فى التـزام المريض بالعلاج . وقد تكون هذه الاتهامات صـحيحة فى الواقع ، ولكن التعـبير عنها لا يسـاعد فى حل الموقف . كما أن الـسرعة التى تبدل بها بعض العيادات أنواع الأدوية وتعدد تغييرات الجرعة تؤدى ببعض الأسر إلى الاعـتقاد بأن المعالجين ليـسوا على درجة من الكفـاءة أو لا يعلمون تاريخ المريض. و لما كان الإنكار والمقاومة للتشخيص شديدة ، فعلى المعالج أن يقر بأن التـشخيص المبدئى غـير معصـوم من الخطأ ، و أن يقدم نفسه بـوصفه مشاركًا فى العلاج وليس كخبير يعلم حل المشكلة علم اليقين .

ولا توجه عناية كافية لزوجات المرضى النفسيين ، بل هى أقل مما يبذل فى العـادة للآباء وللأبناء . وبيّن اسـتـعـراض كـاتون (١٩٨٤) أن نسـاء المرضى النفسيين غـالبا ما ينكرن أو يرفضن المرض النفـسى الذى أصيب به أزواجهن ، أو ينسبونه إلى عوامل غير نفسية . ومـثل هذا الإنكار مفهوم ويشبه ما نشاهده بين زوجات مدمـنى الكحول حين يسهلن لأزواجهن الإدمـان ، ويخفين بذلك مواجهة الحـاجة إلى العلاج . ويفسر ذلك أيضا لماذا يؤدى حـماس المعالج إلى اعتبار المريـض بأنه المشكلة الوحيدة إلى رد فعل عكسى ، فتتلـقاه الأسرة بعدم التصديق أو تعـارضه بحدة . فالزوجـات بحاجة أكبر مـن الأسر إلى المحافظة على صورة أزواجهن القوية والسليمة .

ورغم أن المريض هو الهم الأول للمعالج ، فإن هذا الأخير يجب أن يقيم علاقـة ودودة وتدعيميـة مع الأسرة (بل ومع كل فرد من أفـراد الأسرة ، إن أمكن) بحـيث يتـحمـسـون للوقوف بشكـل ظاهر فى صف المريض . ومن المؤسف أن يلجأ بعض المـعالجين إلى التقليل من شـأن المريض واعتبـاره طفلا حين يتحدثون عنه - وهم غير آبهين به - مع أعضاء الأسرة " الأصحاء "

من المهم أن يكتشف المعالج ما هى المشكلة التى تجب معـالجتها من وجهة نظر الأسرة أو من يتحدث بلسانها ويتم ذلك بالإصرار على أن يتحدث كل فرد من أفراد الأسـرة عن نفسـه ، وكذلك بقيـام المتحدث بلـسان الأسرة بتـقديم الإجماع الذى توصلوا إليه أو تلخيص أوجـه الخلاف ، فاشتكت والدة مريض مثلا ، من أنه لا يخـرج القمامة من غرفتـه ، فى حين لم تهتم بذكر أى شىء عن ضلالاته البارانويدية ؛ لأنها لم تكن تدور حـولها . وتحملت أسرة أخرى سلوك ابنها الانعـزالى ، حتى ثقب أرضـية غرفـة نومه ليلاحظ مـا يجرى فى الشـقة السـفلى . وقـد اكتـشف فون ولـيف (١٩٧٦) أن الأعراض الذهانيـة الواضحة فى المرضى أقل أهمـية بالنسبة إلى الأسرة من سمـات الطبع المزعجة والسلوك الاجتماعى غيـر اللائق للمريض . ويمكن أن تصبح مثل هذه الأنواع من السلوك غـير اللائق و المحـرجة لـلأسرة التى تحـاول إنكار حاجـة المريض للعلاج محورا للعلاج الفردى .

بعد أن تقر الأسرة بخـطورة المرض ، تستجيب مثلما يسـتجيب الأفراد ؛ أى بنوع من الأسى والحزن على الوظائف التى ضاعت مثلما تحس بالذنب تجاه دورها فى حدوث المرض . وتكون تدخلات المرحلة الثانية من العلاج فى تلك الفترة ذات أثر فـعال إلى أبعـد حـد . وعلى المعالـج أن يتـطرق إلى مصادر هذه المشاعـر . ونقطة البداية هى أن المرض ليس مـسئوليـة أحد ، ولكن على عكس الأمراض الطبية فإن الشفاء منهـا ليس محتملا . و تساهم عوامل أسرية بكل تأكيـد فى تسبيب العـديد من الأمراض ، كالاكـتئاب مـثلا ، إلا أنه من الأفضل عـمومـا أن نؤجل تناول تلك العـوامل حتى ينشـأ تحالف مبـدئى مع الأسرة .

وعلى ذلك ، فإن على التدخلات الأولى أن تـركز على المكون البيولوجى مع الإشارة إلى أن العـوامل الأسرية كثيـرا ما تزيد من تفاقم الحـالة ، ولكنها عادة لا تسـبب الاضطراب الكامن ، وأنه من الطبيعى أن نحس بالغـضب تجاه الشخص بسبب بعض تصرفاته ومن خـيبة الأمل التى يخلقها فى وسط الأسرة . ويشيـر هولدن وأندرسون (١٩٩٠) إلى أنه مهـما بلغت درجة اخـتلال سلوك الفـصامى ، فإن أنـواع سلوك الاكـتئابى يعـتبـرها الآخرون إرادية أو سـمات

شخصية ؛ لذلك تؤدى إلى استجابات عدائية أو مليئة بالإحساس بالذنب بدلا من أن تستجيب لها الأسرة بتعاطف وفهم . وتكون المواد والبرامج التعليمية هنا ذات أهمية خاصة ، حيث يحتفظ أفراد الأسرة فى نفوسهم بنظرياتهم أو أساطيرهم الأسرية بخصوص حالة المريض . ولهذا يعتبر سبر غور تصورات الأسرة عن المرض من الأهمية بمكان.

وفى كل من الاضطرابات الوجدانية واضطرابات التفكير ، قد يستجيب أفراد الأسرة الآخرين بالنقد و الانشغال المبالغ فيه بحياة المريض . ويمكن إعادة صياغة أو فهم هذه الانتقادات ؛ باعتبارها محاولات إيجابية لتحسين الموقف ، ولكن استراتيجية التربية النفسية ترمى إلى دفع الأسرة نحو تخفيض توقعاتها بالنسبة إلى المريض ، وأن يعطوا أنفسهم فرصة ممارسة أنشطتهم كأفراد ، وتجنب افتراض قدرتهم على شفاء المريض بمجرد زيادة اهتمامهم به و رعايتهم إياه مثلما يفعل المعالج المدرب . وتصبح أحد المهام الرئيسية لكثير من الأسر هى ممارسة " التجاهل الصحى " لبعض أنواع السلوك الذهانى ، حتى لا يثير ذلك السلوك الانتقاد ولا يقوم بإفساد حياة الأسرة . و يشك كانتر (١٩٨٥) فى إمكانية القيام بتلك المهمة لما يصدر من مرضى كثيرين من استفزاز بالفعل . ولذلك ، يستحسن اعتبار هذه الوسيلة طريقة للتمييز بين السلوك الذى يمكن تحمله والذى لا يمكن تحمله . وتصبح الأنواع الأولى من السلوك أقل استقزازا بمجرد وضع الحدود للنوع الثانى .وبالإضافة إلى ذلك ، نستطيع رفع الحدود لمستويات أعلى ، فى حالة مساعدتنا أعضاء الأسرة على قيامهم بعزل تقديرهم لأنفسهم عن سلوك المريض الناتج عن مرضه .

وبحلول المرحلة الثالثة من العلاج ، يجب أن تكون الأسرة قد أُخرجت من عزلتها وتخلصت من شعورها بالخزى من خلال استعادتها علاقاتها الاجتماعية . وقد تكون نقطة البداية هى ربطهم بجماعات المساعدة الذاتية المحلية أو أى تنظيم لمساعدة المرضى النفسيين . وفى الوقت الذى يتعلم فيه أفراد الأسرة إفساح مكان للمريض الفصامى ، علينا فى الوقت ذاته إفساح مكان أيضا . بالمجتمع يطالبهم بأن يستمروا فى رعاية أبنائهم طيلة حياتهم ، وذلك يفرض عليهم المحافظة على صحتهم النفسية حتى لو تطلب الأمر حل ما يسمى " بالمأزق الأخلاقى والوجودى لكيفية خلق توازن بين مسئولياتهم تجاه العضو المريض وبين حاجاتهم الخاصة " (جرونبوم و فريد مان ١٩٨٨) .

ورغم أن بعض أنواع العـلاج الأسـرى تسـعى إلى " طرد " المريض من أسرته حتى يستطيع الوقوف على قدميه فإن ذلك غالبا ما يكون أمرا غير واقعى بالنسبـة إلى الأسر التى يعانى المريـض فيها من تكـرار نوبات المرض النفسى . ونعتقد أن مثل تلك الأسر لها أدوار مسـتمرة ومشروعة ؛ إذ قد تساعد المريض على الالتزام باسـتعمال الـدواء . كما أنها تسـتطيع عن طريق الهاتف متـابعة الحـالة مع المعالج بين الجلـسات حـتى تجعله علـى دراية بآخر التطورات مـثل تبـدلات المزاج والآثار الجانبـيـة للأدوية أو امتـناع المريض عن تناول الدواء . وهكذا ، قد يـحول قيـام الأسرة بدورها فى التـعامل مع الأمـات دون دخول المريض المستشفى . فضلا عن أن قيامهـا باحتضـان فـرد منها حاول الانتحار (دون أن تكون له عواقب جسيمة) أو توفيـر الطعام والمأوى فى الشتاء لعضو يفترض أنه استقل عنها يمنع الأزمات النكوصية حتى تتحقق للمريض درجة من التعافى تسمح له بالاستمرار فى حياته معتمدا على نفسه .

جدول (١٦-٣) فوائد تفاعل المعالج مع الأسرة

ما تستطيعه الأسرة	ما يستطيعه المعالج
تقديم صورة طولية عن المرض للمعالج .	يتناول مشكلات الأسرة وجدول أعمالها .
تعلم استراتيجات سلوكية ملائمة مع المريض .	يعلم الأسـرة شئـون المرض ، ويقلل السلوك
تقلل من الضغوط فى داخل الأسرة والانتكاس .	اللوام للنفس .
تنبيه المعالج عند عدم التزام المريض أو عند	
ظهور أعراض الانتكاس المبكرة .	مـسـاعـدة الأسـرة على مـراقـبـة الالتـزام
توفير الدعم للمريض حتى لا يضطر إلى دخول	بالتعليمات ومنع الانتكاس .
المستشفى .	يوفر الخدمات والدعم فى أوقات الأزمة .
تساعد المريض على القيام بمهام الحياة اليومية ، بما	يساعد الأسرة والمريض على اكتساب المهارات
فى ذلك التوصيل إلى العيادة إذا لزم الأمر .	الاجتماعية ، ومن ثم يقلل من عطل الأسرة .
تقلل من الانشغال المبالغ فيه بالمريض وتدعم	يربط الأسـرة بمختلف الجـماعات المـساندة و

بذلك من استقلاليته .	يساعدها على إقامة شبكة اتصالاتها الاجتماعية .
تساعد على مناصرة تحسين الخدمات خاصة فى المجالات التى لايكون للمعالج فيها تأثير .	يعطى الأسرة صورة عامة لاحتياجات المريض الشاملة ، والخدمات المقابلة .

وتتعرض الأسر - شأنها شأن المعالجين - للإنهاك من طول فترة الرعاية . فالرعاية الأسرية طويلة الأمد ، وكثيرا ما تكون ضرورية ، بل وقد يصل بها الأمر إلى أن تكون الأداة الرئيسية للعلاج عندما يعانى المريض من حالة مزمنة تتفاقم على مر الزمن مثل ألزهايمر . ومن الناحية الأخرى، فهناك بعض الأسر لديها من القوة والمثابرة ما يجعلها تتعامل مع مسائل أكثر شمولا مثل بعض الأدوار الأسرية المضطربة بصورة مزمنة . ورغم أن المرض النفسى لاينشأ أساسا من اختلال التواصل الأسرى فإن علينا أن نأخذ بعين الاعتبار أنماط التواصل غير اللفظى و أنماط السلوك التشبيهى أو المجازى ، ودور الضحية أو الشهيد الذى يقوم به بعض من يرعى المرضى وقيامهم بجعل المريض كبش فداء .

وقد يتساءل المعالج ، من أين سيأتى الوقت اللازم للقيام بكل تلك الوظائف مع الأسرة ؛ إذ من الواضح أن التزام الكلينيكى تجاه الأسرة ليس مجرد مجهود من جانبه لمساعدة المريض ، بل إنه بالأحرى تبادل اجتماعى ؛ إذ عنده يساعد المعالج الأسرة تساعد هى بدورها . وقد بينا فى الجدول [١٦ -٣] المزاوجة بين المهام المرتبطة فى تلك العملية . فمثلا ، عندما يضع المعالج نفسه تحت تصرف الأسرة فى أوقات الأزمات ، فإنه يحول غالبا دون تصاعد الأزمات الصغيرة لتصل إلى ضرورة إدخال المريض المستشفى . وكذلك ، فإن مساعدة الأسرة على توسيع معلوماتها عن الخدمات الشاملة وتشجيعها على التواجد عندما يحتاج إليها المريض ، يجعل من الأسرة داعية لتحسين مستويات الخدمات الصحية .

الفصل السابع عشر
إدارة الحالة وما بعدها

يتعامل المعالج التدعيمى ، بالإضافة إلى العمل مع أسرة المريض ، يوميا مع غيره من أعضاء الفريق الإكلينيكى ، أو قد يتعامل دوريا مع غيره من العاملين فى مجال الصحة النفسية أو الوكالات المختصة . ويمكن لهذه التعاملات أن تكون مصدر احتكاك أو مصدر فائدة ، تبعاً للطريقة التى تعالج بها .

التعاملات الداخلية
العمل مع المريض

فى كثير من العيادات يتداول العمل مع المريض اختصاصيون يكوّنون الفريق العلاجى . وفى مثل هذا الوضع ، يجب أن يدرك المعالج أن غيره من العاملين فى مجال الصحة النفسية قد تلقوا تدريباً يختلف عما تدرب عليه ، وهم يمارسون أدوارهم بطريقة مختلفة . وغالبا ما يحصل كل منهم على نوع من الإشباع يختلف عما يحصل عليه الآخرون . فمثلا ، قد يكون الطبيب النفسى ميالا إلى التدخلات المبكرة أو التناقضية ، بينما قد يرفض غيره من أعضاء الفريق هذه المحاولات ؛ باعتبارها نوعا من التجريب على « مريضه » . والحق أن مسألة « مريض من » هذه توجد « تحت السطح » فى كثير من الخلافات التى تنشأ بين أعضاء الفريق . وغالبا ما يعلم المريض ، الذى أنشأ علاقة طرحية مع المستشفى ، أن المستشفى لها دوام يتجاوز دوام أى عضو من أعضاء الفريق . فيجد الأطباء المقيمون ، على وجه الخصوص ، أن خبرتهم بالأدوية والعلاج تلقى قبولا عن اقتراحاتهم الخاصة بخطة العلاج ، على أساس أنهم لن يعايشوا النتائج الطويلة الأمد لخططهم العلاجية . كذلك ، فإن اقتراحات الأطباء المقيمين ،

فيما يتعلق بخطط العلاج ، لاتأخذ على محمل الجد لحداثة تخرجهم عند مقارنتهم بأعضاء الفريق العلاجى الآخرين . وفى مثل تلك الحالات من المهم أن نؤكد الصلات المشتركة مثل الرغبة فى تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمرضى ، وظروف معيشتهم ... إلخ .

وللتفاعل بين أعضاء الفريق وظائف أخرى مهمة ، فسواء كان للمريض شخص واحد يرعى حالته أو أكثر من شخص ، فإن هدف إدارة الحالة هو ضمان نيل المريض أقصى درجة ممكنة من الخدمات التى تقدمها الإدارات المختلفة ، بشكل فعال ومتناسق ومستمر . ويقدم المعالج مساهمات قيمة فى مختلف النواحى التى تتطلبها إدارة الحالة (انظر الجدول ١٧-١) .

جدول (١٧ - ١) بعض الوظائف المشتركة بين العلاج وإدارة الحالة

الوظائف المشتركة بين الإدارات المختلفة :
اختيار المرضى المعرضين لخطر الانتكاس أو الإهمال أو الانهيار الاجتماعى .
تقييم احتياجات المريض ونواحى قوته وضعفه .
وضع الخطة العلاجية ، والتنسيق والمراجعة والتحديث .
متابعة مشاركة المريض وتقدمه .
مناصرة الجهود الرامية إلى حصول المريض على احتياجاته من الخدمات .
التفاعلات الخارجية :
التعامل مع الخدمات الخارجية وإيجاد صلة بها .
التنسيق مع خدمات المرضى الداخليين والخارجيين (الرعاية المستمرة) .
وضع خطة لإخراج المريض من المستشفى .

اختيـار المرضى المعرضين لخطر الانتكاس أو الإهمال أو الانهيار الاجـتماعى : يجب أن يساعد المعالج على تحديد أى المرضى يقدم له العلاج ، وأيهم يتوقف علاجه . ففى مـؤسسة أو مستشفى بهـا مستويات مختلفـة من الخدمات (مثل قسم لعلاج المرضى المزمنين ، وقسم لرعـاية المرضى الخارجيين الذين لم يسبق لهم دخول المستشفى أبداً) يجب أن يساهم المعالج فى وضع محكات التصنيف أو الفحص . فكثيرا ما يوصف للمرضى خطأ مسـتوى من الخدمات بالاعتماد على مراجعة ملفـاتهم مما يؤدى إلى تقديم خدمات غير ملائمة أو غـير كافية ، أو إلى تنقل المريض بين الأجنحة المختلفـة . لذلك ، ينبغى على كل من مدير الحـالة والمعالج المسـاهمـة فى الاختـيار وفى تحـديد نوع المعـاملة . ورغم أن المعالجين كثيرا مـا يتهمون بأنهم « بعيدون » عن احتياجـات مرضاهم الفعلية ، فإن المعـالج بحكم تدريبـه والساعـات التى يقضـيهـا مع المريض أكثـر فهـما لديناميات المريض النفسية من غيره من أعضاء الفريق .

تقييم احتياجـات المريض وجوانب قوته وضعفه : ولنفس السبب ، يكوّن المعالج رؤية فريدة لنواحى قوة وضعف المريض ؛ لأنه يعرف «داخل المريض» ، بينما يرى مدير الحالة نجاح أو فشل المريض من ناحية موضوعية ؛ أى « الجانب الظاهرى للمـريض » . على أن كلتـا الرؤيتين ليـستـا صـوابا أو خطأ ، وإنما يقدمان ، مجتـمعتين ، صورة كاملة ومتكاملة للمريض نستـفيد منها فى وضع خطة للعـلاج .

وضع الخطة العلاجـية ، والتنسـيق ، والمراجعة ، والتـحديث : لايجب على المعالج أن يثير أو يطرح مسـائل خاصة بالعلاج قبل أن يحين الأوان ؛ مما قد يدفع غيره من أعـضاء الفريق إلى اتخاذ خطوات غير مـلائمة ، مثل إرسال المريض أو توجيهه للعمل قبل أن يكون مستعداً لذلك . وكثيراً ما يحدث ذلك عندما يكون المعالج غـير راغب فى مواجهة المريض بالواقع . فـبدلا من القول «يجب أن نناقش ذلك فعلا» . قد يقول : «اذهب وناقش مسألة حصولك على

عمل مع مرشد التأهيل ، فليست لى علاقة بذلك القرار » . إن الفشل أو الإحجام عن مواجهة المسائل المهمة (وقد يرجع ذلك أحيانا إلى قيام المريض بإخفائها) يعوق تقدم العلاج . ففى العلاج التدعيمى - وبصورة أكبر من أنواع العلاج النفسى الأخرى - لاينبغى أن يفترض المعالج أن المريض سيتحدث بالضرورة عن المسائل المهمة عندما يصبح الحديث عنها أمراً ملحاً .

ورغم الجهود التى تبذل لوصف العلاجات الناجحة فقط ، فإنه علينا أن ندرك أن كثيراً من المرضى يعانون من صراعات خاصة بأهداف العلاج التى تحقق لهم الاستقلالية . فمثلا ، قد يقبلون بعمل يكلفون به ، ولكنهم يعملون على هدمه أو تخريبه بصورة شعورية أو لاشعورية . وعندما يواجه المعالج موقفاً من هذا النوع ، فإن المسار الوحيد الذى يجب اتخاذه هو ما سماه كانتر (١٩٨٥) « بالاتجاه الإدارى السلبى » و « مدخل المحاولة والخطأ المتدرج » للشهور أو السنوات التى قد يستغرقها المريض ليصبح مستقلا .

متابعة مشاركة المريض وتقدمه : تعتبر مراجعة الفريق لحالة كل مريض على حدة من الملامح المعتادة أو التقليدية فى عمل العيادة ، إلا أن مثل تلك الاجتماعات يجب أن تستغل أيضا لأغراض أشمل كخلق اتجاهات إيجابية نحو العمل والحيلولة ، دون إنهاك أعضاء الفريق . وكما أشار مينينجر (١٩٨٤) فإن عرض الحالات كثيراً ما يكشف - خلافاً للفكرة السائدة - عن أن المريض يحرز تقدماً . فإذا لم يكن الأمر كذلك ، فقد يستدعى استشارى خارجى لتقديم رؤيا أو منظور جديد ، شريطة أن يكون لدى أعضاء الفريق الاستعداد لتغيير فروضهم بشأن أفضل طرق العلاج .

مناصرة الجهود الرامية إلى حصول المرضى على احتياجاتهم من الخدمات : تساعد هذه المناصرة المريض على التقدم نحو أهدافه ، وإن كانت من خصائص التدعيم بشكل عام . فأى مجهود بسيط يقوم به المعالج فى مصلحة المريض يقنعه بأن المعالج ملتزم بمصلحته بالفعل . ومع أن المعالج لايمكن أن يقوم بدور

المستشار القانونى للمريض ، بل وقد يعارضه بخصوص بعض الموضوعات ، إلا أن فرص المناصرة المباشرة غالباً ما تسنح له ؛ الأمر الذى يزيد من تقبل المريض اختلاف الرأى الذى لا مناص من حدوثه بينهما .

ونظراً لأن المعالج هو خير من يعرف المريض ، فقد اقترح لامب (١٩٨٢) أن يقوم المعالجون بدور « مدير الحالة » . وبالرغم من تداخل الأهداف العلاجية التى ذكرناها حتى الآن ، بالإضافة إلى أهداف العلاج التدعيمى بصفة عامة (مثل المحافظة على تحسن أداء المريض) فى مهام إدارة الحالة ، فإننا نعتقد أن الدورين - دور المعالج ودور مدير الحالة - قد طرأ عليهما من التطورات ما يفرق بينهما ومما يجعل الفصل بينهما أحياناً فى صالح العلاج . وفضلا عن ذلك ، فإن الكثيرين من المعالجين ينقصهم التدريب اللازم لأداء وظيفة مدير الحالة أو الرغبة فى العمل مع الجماعات خارج المستشفى (شوارتز وآخرون ١٩٨٢) . ولسوف ندرك ذلك بعد تناولنا لبعض الخلافات التى تنشأ بين أعضاء الفريق .

اختلافات الرأى

رغم أننا أكدنا مزايا التفاعل والتقابل بين أعضاء الفريق ، فإن مشكلات معينة قد تنشأ ولا سيما أثناء معالجة مرضى الشخصية البينية ، خاصة فيما يتعلق بظاهرة الانشقاق المنتشرة بينهم . فالانشقاق الذى حدده فرويد وأحكمته وتوسعت فيه ميلانى كلاين وغيرها يشير إلى الفصل الذى يطرأ على محتويات العقل بحيث ينقسم إلى غرفتين معزولتين إحداهما تحتوى على « كله كويس » والأخرى على « كله وحش » . ففى العلاج الفردى ، يرى المريض المعالج طيباً أحياناً وسيئاً أحياناً أخرى ، ولكنه لايستطيع إيجاد تصور متكامل للمعالج باعتباره قابلا للخطأ ، وله عيوبه أحياناً . ولكنه رغم ذلك إنسان مساند ومدعم له . وعندما يتعامل المريض مع أكثر من عضو من أعضاء الفريق يقوم

بتقسيمهم إلى صنفين ، مثالى وعدو كريه . ويحقق هؤلاء فعلا ما يتوقعه المريض منهم بسبب الديناميات اللاشعورية المسماة **بالتوحد الإسقاطى** (من جانب المريض) **والتوحد المضاد** (من جانب عضو الفريق) . ويلاحظ جابارد (١٩٨٩) فى تناوله ديناميات مرضى الأقسام الداخلية ، أن المعالج النفسى يمثل عادة الشخصية المثالية من وجهة نظر المريض والذى لايدرك ما يقوم به المريض من أنشطة مخلة ومدمرة خارج العلاج . ويزداد احتمال حدوث مثل هذا الموقف إذا كانت علاقة المعالج بحياة مريضه الفعلية مقطوعة . وكما سبق لنا القول ، فهناك قاعدة محورية للعلاج التدعيمى ألا وهى أن يعرف المعالج ما حدث فى حياة المريض بالفعل ، وأن يوفر له بيئة تسمح له بسرد شئونه بحرية . وبالطبع ، لا يحدث ذلك دائما كما نود ، بل قد يظل المعالج الذى يستمع لمريضه جاهلا بحقائق حياته .

وعندما يحدث الانشقاق ، قد تتكون تحالفات ضد المعالج ، ويتهم بأنه «لين العريكة» ، متسامح ، يدلل المريض . ولكن بعد إدراك ما يحدث من انشقاق ، ينحى أعضاء الفريق العلاجى - بما فيهم المعالج - خلافاتهم جانباً ، وينفسون عن غضبهم بصبّه على رأس المريض أو أسرته ، وهى عملية قد تخلق طرحاً مضاداً لدى المعالج ، الذى يحس بدوره أنه خدع أو غُرِّر به . ويجب تناول مشاعر هذا الطرح المضاد ، شأنه شأن أى طرح ، بالتحليل وإلا سيصبح عقبة فى وجه العلاج .

والموقف المثالى عند حدوث الانشقاق ، هو مناقشة الإسقاطات السلبية للمريض ووضع حد لها ، إذا كنا نريد للمريض أن يتعامل بكفاءة مع بقية أعضاء الفريق ، وأفضل طريقة لعمل ذلك هو من خلال العلاقة الإيجابية مع المعالج . واقترح جابارد عقد اجتماع ثلاثى الأطراف بين المريض وبين أعضاء الفريق الذين يبجلهم وأعضاء الفريق الذين يستهين بهم ، بحيث نساعد المريض على تحمل المشاعر المتناقضة تجاه غيره من البشر .

وعلى أى حال ، فلا مفر من بعض الانشقاق ، بل قد يكون ضروريا ومفيداً ، ويمكن استثماره بحيث يسمح بإبقاء علاقة طرح إيجابية مع المعالج النفسى ، بينما يسقط المريض مشاعره السلبية على المستشفى أو عضو آخر فى الفريق . ويشير فينر (١٩٨٢) إلى أن أحد مزايا الفصل بين وظيفة المعالج والإدارى هو إمكانية ترك الأفعال الإجبارية لهذا الأخير . وبهذه الطريقة يمكن للمعالج أن يخرج نفسه من دائرة إرغام المريض على البقاء فى المستشفى أو تعاطى الأدوية ، مدعما بذلك التحالف العلاجى . وكثيراً ما يدرك المريض أن للمعالج نفوذا فى هذه المسائل ؛ وبالتالى فإن استخدام الانشقاق عن عمد قد يؤدى إلى انهيار ثقة المريض فى العلاج أو إلى تصور نفسه مريضاً لاحول له ولا قوة مع معالج عاجز يحاربان مديراً ذا قوة وسلطان كبيرين (ووردن ١٩٥١) . وعلى أى حال ، فإن هذا النوع من الانشقاق يفيد خاصة فى إحراز التحالف مع الذهانيين ، وفى علاج بعض المشاكل الخاصة التى يعانى منها المرضى تجاه رموز السلطة .

على أن الانشقاق ليس وحده بأى حال هو المسئول عن كل خلافات أعضاء الفريق . فقد تنشأ تلك الخلافات من ظهور أدوار مذهبية معينة لدى المعالجين أو تفضيلات نظرية أو عقائدية لديهم . والمثال على ذلك الخلاف بين منظور العلاج الإصلاحى قصير الأمد ، والعلاج التقليدى الذى يتبع سياسة النفس الطويل . كذلك الخلاف بين من يستخدمون الأدوية ومن لايستخدمونها ، والمعالجين الذين يؤيدون العلاج فى داخل المستشفى وغيرهم ممن يؤيد العلاج خارجها . ومن الأمور الداعية إلى الانقسام ، على وجه الخصوص ، الصراعات الأخلاقية بين أعضاء الفريق حول : هل المرضى مسئولون عن مرضهم أم أنهم ضحايا أبرياء للعجز البيولوجى والظروف الاجتماعية السيئة . وتنشأ مثل تلك الصراعات أحياناً عن الانشقاق أو الشك فى التشخيص ، أو الخلاف النظرى بشأن التكوين المرضى (السيكوباثولوجى) . وأحياناً تحل تلك الصراعات بطريقة فجة ، وذلك بالدعوة إلى اتجاه إكلينيكى تقليدى يدعمه تجميع انتقائى

لحالات تبين ما إذا كان المريض البينى أو مريض الفصام مسئولا أو غير مسئول عن مرضه، وذلك حسب وجهة النظر المطلوب تدعيمها (أنسكومب ١٩٨٦) . وهناك طريقة أخرى أكثر براعة ، وهى الاعتراف الواضح بالخلافات بين أعضاء الفريق والاستعداد لتجريب خطط علاجية تعطى المريض فرصة أوسع لتحمل المسئولية ، دون أن يلام على الفشل .

ورغم وجود إمكانية الخلاف ، فإن الرؤى المختلفة لأعضاء الفريق العلاجى تتضافر عموما لتحسين علاج المريض . وقد وتعمل الخلافات فى الرأى بين مدير الحالة والمعالج النفسى على استثارة مناقشات مثمرة ، وزيادة الموضوعية التى تؤدى إلى حلول مبتكرة لحاجات المريض . إن وجود مدير للحالة ومعالج نفسى يقوم كل منهما بدور مختلف قد يساعد مساعدة كبرى فى فهم المريض ، كما يتضح من الحالات التالية المأخوذة من نوفاليس (١٩٨٩) بتصرف .

حالة

تحولت أسرة كانت تقابل مدير حالة خلال عام إلى العلاج الأسرى . واعترفت الابنة التى تبلغ من العمر ٢٢ عاماً للمعالج الجديد فى زيارتها الثانية أنها تدمن الكوكايين ، ولكنها لم تطلع مدير الحالة على ذلك ؛ « لأنه يشبه والدتها تماماً » التى توليها احتراماً كبيراً .

حالة

مريض فى الرابعة والعشرين مصاب باضطراب الشخصية البينية ، ظل يتجنب رؤية مدير الحالة فى كل مرة يعانى فيها من مشكلة فى عمله ؛ لأن مدير الحالة كان يسمى ذلك السلوك « سلوكا هازما للذات » . وعندما بدأ هذا المريض فى رؤية معالج جديد قال له هذا الأخير « أريد أن أراك وأنت فى حالة سيئة لا أن أراك فقط وأنت فى حالة جيدة » . وبدأ المريض بعد ذلك فى

التحدث بحرية إلى المعالج عن أنواع فشله وخيبة أمله . واحتفظ المعالج لنفسه بهذه الأسرار ، مبينا ضرورة ذلك لمدير الحالة الفضولى الذى كان يريد أن يعرف المزيد عن ما أحرزه المريض من تقدم مهنى واجتماعى .

إن تركيز السلطة فى يد المعالج ، والذى قد يصبح أحيانا موضعاً لخيالات مستوحاة من الطرح ، قد يكون ضاراً بالمرضى أيضا ، بما فى ذلك المصابين باضطرابات الشخصية والفصام المزمن . ومثال ذلك ، أن المريض الذى يفشل فى عمل ما قد يفترض أنه « خيب أمل » مدير الحالة ، ولكنه يستطيع أن يركن إلى المعالج « المتسامح » . وعلى العكس ، المريض المتجه إلى الانتكاس الذهانى والذى يفترض أنه قد « خيب ظن » المعالج فيشعر براحة أكبر إذا لجأ إلى مدير الحالة .

لذلك ، لن يكون الأمر غريباً إذا ما ظهرت اضطرابات طرحية خطيرة عندما نوكل إلى المعالج درجة كبيرة من السيطرة على حياة المريض . فتنشأ الصراعات مثلا حول تحديد درجة عجز المريض . وقد تجنبت إحدى المريضات مثلا أن تخبر معالجها أن هناك عملية تقييم لدرجة عجزها ؛ لأنها كانت تتصور أن المعالج يستطيع « استشفاف ما بداخلها » ؛ وبالتالى إخبارهم بأن حالتها حسنة وليس بها عجز . وكانت المريضة فى واقع الأمر تحس أن مشكلتها كالآتى : أنها كانت تعطى غيرها دائما انطباعاً أفضل من حقيقة أمرها . لذلك ، كانت حريصة على تجنب رفض المعالج لها وتدمير علاقتهما نتيجة لذلك الانطباع الكاذب .

وقد بينت دراسة أجراها بروتمان وموللر سنة ١٩٩٠ فى الولايات المتحدة أنه عندما يقوم المعالج بصرف مكافآت التأمين الاجتماعى تتولى الأحداث المقززة . فعندما يقوم المعالج بأعمال إدارية ، يتحول العلاج إلى مناقشات حول الإنفاق والمصاريف ، بل وقد يتعرض المعالج للمضايقات . وقسم المؤلفان استجابة المرضى إلى قيام المعالج بهذا الدور إلى نوعين ، التحدى العدوانى والاعتماد السلبى . ويؤدى كلاهما إلى الهروب من العلاج ، بالرغم

من التـزام المريض المقنع وتدهور العـلاج إلى مجـرد إدارة النواحى المـاليـة فى النوع الثـانى . ومع ذلك ، فـقد لمس المؤلفـان تحسـنا فى الالتزام بـعـلاج ، وانخفـاض عدد مرات دخـول المستشـفى ومدة بقاء المريض فـيه ، كمـا تحسن استمرار معظم المرضى فى الأعمال الخارجية التى تتولى المستشفى صرف مكافآتها .

وعلى أى حال ، فـنحن نعتقـد أنه عندما يعـالج المريض بواسطة مـعالج ومدير حالة ، فـإنه من الأفضل أن يتولى الأخير المسـائل المـالية . ويميل بعض المديرين إلى جـعل الدفع مـتوقـفـا على المواظبة علـى العلاج ، ويمكن لهـذه الطريقة أن تنجح إذا كـان العلاج دوائياً فقـط ، ولكنها تقلل من قيمـة العلاج بالكلام . كذلك ، فإن خلق خضوع مستتر ، يضعف قدرة المعالج على مراقبة ومتابعة العلاقـة بالمريض ، كما يقلل التشجيع على المناقشـة الصريحة الصادقة التى تعتبر حجر الزاوية فى العلاج النفسى .

تؤيد كل تلك الاعـتـبارات تفـضـيل توزيع بعض الوظائف المهـمـة على مختلف أعضـاء الفريق . وفى كثير من العيادات ، يعتـبر المسئولون عن توزيع المكافآت معالجين مشاركين . ويسمى أحدهما غالباً المعالج « الرئيسى » (سيمان وآخرون ١٩٨٢) أو المعـالج « الإضافى » (بـيلاك ١٩٨٠) . وكانت مـزايا وعيوب هذا التقـسيم محل جدل طويل . ومع أننا نعتقد بوجـود أدوار متميزة لكل من المعالج ومدير الحالة ، إلا أننا نتفق مع هاريس وبرجمان (١٩٨٧) فى أن « إدارة الحالة » يمكن أن تكون « طريقـة للعلاج » يقدم بواسطتهـا للمريض نموذج ثابت ، عـقلانى ، قوى ،مـبادر إلى النشـاط ،يحل المشكلات ، لكى يستدمجه ويتوحد به . ولذلك ، لن يدهشنا أن نرى نتائج الدراسات تؤكد الآثار العلاجية المفـيدة لإدارة الحالة حيث يقيم المـدير « علاقة تدعـيمية » مع المريض ويدربه على المهارات (حورينج وآخرون ١٩٨٨) . وعلى كل حال ، فإن الكثير من مهام مدير الحـالة مثل الشئون المـالية و الزيارات المنزليـة تحيط بها هالة من القوة والسلطة أو التخييل بحيث يتعذر تكليف المعالج بالقيام بها بصورة منتظمة .

التعاملات مع الخارج

الانشغال بالخدمات الخارجية والصلة بها : رغم أن مهمة ربط المعالج بالخدمات الاجتماعية تكون غالباً من نصيب مدير الحالة [إن وجد] ، فإنه كثيرا ما تكون لها أغراض علاجية .

حالة

ذهب أحد الذكور [٢٦ عاماً] المخنثين الذى يخشى من إصابته بمرض الإيدز إلى إحدى العيادات ليفحص دمه ، ولكنه خاف أن يعود ليسأل عن النتيجة . فطلب من معالجه أن يتصل بالمختبر نيابة عنه . فناقش المعالج معه مسألة خوفه هذه ، ولكن الأخير ظل على موقفه من عدم الاتصال لمعرفة النتيجة . وكان يمكن للمعالج عندئذ أن يتناول مسائل أخرى ، ولكنه وجد أن من واجبه التدعيمى أن يطلب المختبر ليسأل عن النتيجة . ورد المختبر - كما هو متوقع - بأنه لايمكن إبلاغ النتيجة عن طريق الهاتف . لكنه هذه الاستجابة من جانب المعالج بينت مدى تدعيمه للمريض الذى لم يستطع مواجهة القلق الناشئ عن معرفة النتيجة . وبعد يومين ذهب المريض إلى العيادة ووجد أن النتيجة سلبية ، فاتصل بالمعالج هاتفيا ليخبره بها وقال له : « إنى أعلم أنك تود معرفتها » .

حالة

فصامى يبلغ من العمر ستة وثلاثين عاماً ، علاقته العملية بالمعالج جيدة ، ولكنه رفض قبول الانتقال إلى عمل جديد . فقد كان يحب عمله الحالى ويعتقد أنه سنفقد جانباً كبيراً من دخله إذا انتقل إلى العمل الجديد . فما كان من المعالج إلا أن اتصل بمرشده التأهيلى وأوضح له الموقف . وفى الجلسات التالية ، لم يكف المريض عن توجيه الثناء للمعالج مظهراً اعترافه الضمنى بحقيقة أن المعالج « قد فعل أكثر مما هو مطالب به » ليساعده .

لقد كان قرار المعالج ، فى الحالتين السابقتين ، قرار مبنيا على الحدس والإلهام ولم يكن نزوة عابرة . فالاحتمال الأكبر - فى كلتا الحالتين - قد خلق انشقاقا بين الجهات المعنية [مشابه للانشقاق بـين الأشخاص الذى سبق ذكره] بحيث وُجدت جهـة « رديئة » خارجية تعوق تقـدم المريض فى عيادة الصحة النفـسية «الجيدة» . وكان قرار المعالج بالتدخل قائما على افتراض أن ذلك التدخل لازم لرأب الصدع . ومـثل هذا الوصل الإيجابى يجب أن يوازن أو يعـادل التدخل الذى أطلق عليه كـانتر (١٩٨٥) « اللاوصل » UNLINKING أو ترك المريض يفاوض بنفسه الجهة الخارجية . وتشمل العوامل التى تشجع المعالج على اتخاذ قرار مسـاعدة المريض فى إنشاء الصلة ،ومدى إلحاح الحـاجة ، وقدرة المريض على مواجهـتها بدون مساعـدة . فعلى سبيل المثال لايجب أن يتـهرب المعالج الخاص ، الذى يعالج مـريضاً يعانى من مرض عقلى جاد ، من مـساعدته فى الحصول على التأمينات الاجتماعية ، أو مزايا الخدمات الاجتماعية ، حتى ولو كان قيامه بتلك المهام أمراً خارج نطاق اختصاصاته .

ويجب أن نلفت الانتبـاه إلى أن الانشقاق بين جـهات الخدمات قـد ينشأ بعيداً عن المريض، نتيجة لخلافات عقائدية أو لمـدى تمسك كل جهة بتقاليدها .

دعم الاقـران

توجد مئـات المنظمات الأهلية والمحلية التى تعـمل على أن يساعد المرضى النفسيون أنفسهم بأنفسهم . وكـثيراً ما يكون من المرغوب فيه أن يحال المريض إليهم لعلاج إضافى ؛ مثل جماعات مساعدة المدمنين [المدمن المجهول] وغيرها . وفى داخل مجـال الصحـة النفسـية ، يجب أن يدرك المعالـج أن اتجاهات هذه الهيـئات نحو العـلاج النفسى تختلف وتتـنوع . ويقسم إيمريك (١٩٩٠) هذه الجمـاعات إلى : جـماعات انعـزالية لاتسـمح بعضوية أو تدخـل أصـحاب الصحة النفسية فى عملها ، وجماعات تدعيمية تسمح للعاملين بالصحة النفسية

بالعمل ولكن فى أدوار ثانوية ، وجماعات المشاركة التى تقبل أصحاب الصحة النفسية بوصفهم قادة . وكما هومتـوقع فإن الجماعات الانعزالية لا تميل إلى التعامل مع المختصين بالصحة النفسية إلا فى أضيق الحدود وتتخذ منهم موقفاً معادياً ، وتتبع نموذج الخدمة الاجتماعـية لا نموذج خدمة الفرد . لكن دور المعالج لايعمل على توجيه المريض بعيـداً عن الجماعات الانعزالية (فيـعمل بذلك على تدعيم مزاعمها عن سيطرة المعـالج) بل على العكس . ونعتقد أن منح المريض نفوذاً وسلطاناً عادة ما يفيده ، وأن على المعالج أن يكون مستعداً لمناقشة الخلافات فى الرأى ، وأن يقيم علاقات عمل أفضل مع كافة الجهات والهيئات الخارجية .

الفصل الثامن عشر

الأخلاقيات الأساسية فى العلاج النفسى التدعيمى

تتعلق المسائل الأخلاقية فى الطب النفسى بمعايير تذهب إلى أبعد من المعايير القانونية . ووجود هذه المعايير يشكل أحد الفروق الأساسية بين **المهنة والحرفة** . وكثيراً ما يواجه الأطباء النفسيون القائمون بالعلاج التدعيمى مواقف يضطرون فيها إلى اتخاذ قرارات أخلاقية صعبة ، وذلك من جراء علاقتهم الشديدة بمرضاهم . ونظراً لأن المسائل الأخلاقية غالباً ما توازى المسائل القانونية ، فإنه يصبح من المهم فى البداية أن يدرك أصحاب العلاج النفسى التدعيمى القضايا القانونية الكبرى التى تحيط بعملهم ، ليس فى حد ذاتها ، وإنما باعتبارها الحد الذى لايمكن تجاوزه . وتشمل تلك القضايا :

- تقييم درجة الخطورة والواجب الناشئ عنها من حماية الآخرين من المرضى الخطرين ، بالتخذير والأفعال الواجبة .
- تحديد درجة الأهلية للموافقة على العلاج وحق رفضه .
- المسائل المرتبطة بنوع الوصاية القانونية ودور الطبيب النفسى فى إجراءات التقاضى .
- صيانة الأسرار فى العلاج ، والتى تنشأ عادة عند الحصول على المعلومات من أسر المرضى .
- الأساليب الملائمة لإنهاء العلاج .
- الاهتمام بما يقال عند أية إساءة فى معاملة الأطفال أو الكبار أو الزوجات ؛ ووجود أى مرض معد كالإيدز ، أو انتهاك أى زميل فى المهنة لأخلاقيات المهنة .

وهذه المسائل كلها معروضة بالتفصيل فى كثير من المراجع ، ونحن نفترض وجود وعى عام بها . وسوف نقصر اهتمامنا على المسائل الأخلاقية البارزة فى العلاج التدعيمى والتى تنشأ من طبيعته التوجيهية المتميزة وتُدخل المعالج الواضح فى حياة المريض .

المبادىء الأخلاقية

تستخدم الرابطة الطبية الأمريكية لفظ « أخلاقى » لتشير به إلى المسائل التى تتضمن : ١) القواعد والممارسات الأخلاقية . ٢) التقاليد المراعاة فى مهنة الطب . ٣) السياسات المتبعة فى ممارسة الطب والتى لا تتضمن بالضرورة مسائل أخلاقية (الرابطة الطبية الأمريكية ١٩٨٩ ، الفصل الأول) . وكما هو واضح فى تلك الوثيقة ، فإن المعايير الأخلاقية للسلوك قد تفوق المتطلبات القانونية ، ولكنها لاتتعارض معها بالطبع . وسوف نقبل هذا التعريف ، دون التعرض هنا للأمثلة التى توضح المسئولية الأخلاقية تجاه خرق القانون .

ولقد تبنت الرابطة الطبية الأمريكية (١٩٨٩) تعريف « القواعد الأخلاقية لممارسة مهنة الطب مع التذييلات التى تنطبق على الطب النفسى بشكل خاص » . وتوجد القواعد بكاملها ، دون شروح أو تذييل فى جدول (١٨ - ١) ، كما توجد مقتطفات أو نماذج من الشروح المتعلقة بالمواد أو من القواعد فى جدول (١٨ - ٢) .

ولهذه القواعد والتذييلات تاريخ طويل ، وهى قابلة للتعديل ، وتراجعها رابطة الطب النفسى الأمريكى بشكل دورى . وهى على أى حال تمثل المعيار المتفق عليه بالنسبة إلى تصرفات الأطباء النفسيين .

جـدول (١٨ - ١) قواعد الاخلاقيات الطبية

الرابطة الطبية الامريكية

تمهـيد :

لقد جمع أصحاب الطب على مر الزمن كمـية من القواعد الأخلاقية التى وُضـعت أساسـاً لمصلحـة المريض . وعلى كل طبـيب من أبناء المهنة أن يقـر بمسئوليتـه لا نحو مرضاه فحسب وإنما تجاه المجـتمع ككل ، بل وتجاه الآخرين من زملائه فى العمل وتجاه نفسه . ولا تعتبـر القواعد التالية التى أقرتها الرابطة قوانين ، وإنما هى معايير للسلوك ، تحدد أساسيات التصرف الشريف للطبيب .

مـادة ١

يكرس الطبيب نفسه لتقديم خدمة طبيـة مقتدرة محاطة بالرحمة والاحترام اللائقين بالكرامة الإنسانية .

مـادة ٢

يعامل الطبـيب مرضاه وزمـلاءه بروح من الأمـانة والشـرف ، ويسـعى إلى فضح الأطبـاء الذين تنقصـهم الكفاءة وحـسن الطباع ، أو الذين يقـومون بالتزوير أو الخـداع .

مـادة ٣

يحترم الطبيب القانون ويقر بمسئوليته فى السعى إلى تغيير المتطلبات المعادية أو المضادة لمصلحة المريض .

مـادة ٤

يحتـرم الطبيب حقـوق المريض والزملاء وغـيرهم ممن يعملون فى مـجال الصحة ، ويصون أسرار مريضه فى إطار القانون .

مــادة ٥

على الطبيب أن يستــمر فى التحصيل وأن يطور ويطبق المعرفــة العلمية ، ويقدم المعلومات اللازمــة للمرضى والزملاء والجمهور ، وأن يتــشاور مع غيره وأن يستخدم مواهب غيره من أصحاب المهنة ، عندما يتطلب الأمر ذلك .

مــادة ٦

للطبــيب الحرية فى أن يختــار من يقــدم لهم الخدمــات ، ومن يزاملهم ، والبيئة التى يقدم إليها خدماته ، وذلك فى إطار توفير الرعاية المناسبة للمريض ، فيما عدا حالات الطوارئ .

مــادة ٧

يقر الطبيب بمسؤليته فى المشــاركة فى الأنشطة التى تساهم فى تحسين حال المجتمع .

جدول (١٨ - ٢) مقتطفات من « القواعد الأخلاقية لممارسة مهنة الطب » .
مع التذييلات التى تنطبق على الطب النفسى خاصة

القسم ١ : يكرس الطبيب نفسه لتقديم خدمة طبية مقتدرة محاطة بالرحمة والاحترام اللائقين بالكرامة الإنسانية .

١ - قد يضع المريض ثقته فى طبيبه النفسى ، عالما أن أخلاقه وإحساسه بالمسئولية المهنية يمنعانه من أن يشبع حاجاته الشخصية عن طريق استغلال المريض . وهذا أمر على جانب عظيم من الأهمية ، نظرا للطبيعة الخصوصية للصلة التى تنشأ بين المريض وطبيبه النفسى والعلاقة الشخصية التى تكون أحيانا شديدة الانفعالية .

القسم ٢ : يعامل الطبيب مرضاه وزملاءه بروح من الأمانة والشرف ، ويسعى إلى فضح الأطباء الذين تنقصهم الكفاءة وحسن الطباع أو الذين يقومون بالتزوير أو الخداع .

١ - المطلوب من الطبيب أن يسلك السلوك المحترم اللائق فى مهنته وكذلك فى كافة تصرفاته الأخرى . وهذا أمر ألزم ما يكون للطبيب النفسى ؛ لأن المرضى يتخذون منه قدوة ويحذون حذوه على طريق التوحد . وفضلاً عن ذلك ، فإن العمق الضرورى للعلاقة العلاجية قد يميل إلى تنشيط الحاجات الجنسية وغيرها من الحاجات والتخيلات من جانب كل من المعالج والمريض ؛ مما يضعف من الموضوعية اللازمة للتحكم فى الموقف ؛ إذ إن إقامة علاقة جنسية مع المريض أمر لا أخلاقى . كما أن المعاملات الجنسية مع المرضى السابقين عادة ما تستغل العواطف التى نشأت من خلال العلاج ، وبالتالى فهى دائما لا أخلاقية تقريباً .

٢ - على الطبيب النفسى أن يكون يقظاً ومتنبها حتى لايستغل المعلومات التى يقدمها المريض ، وحتى لا يستغل أيضا موقفه القوى الذى تسبغه عليه العلاقة العلاجية ليؤثر على المريض فيما لايتعلق مباشرة بأهداف العلاج .

المرجع : القواعد الأخلاقية لممارسة مهنة الطب مع التذييلات التى تنطبق على الطب النفسى خاصة ، رابطة الطب النفسى الأمريكية ١٩٨٩ .

خمسة إرشادات فيما هو مسموح به

سوف نقدم فيما يلى ، واتباعاً لما سبق ذكره من قواعد ، مجموعتين من الإرشادات لتساعد العالج التدعيمى المعنى بطبيعة عمله ودوره . وسنتبع كل إرشاد بنموذج ومناقشة . وتتناول المجموعة الأولى ما هو مسموح به ،وسوف تتلوها وتوازنها إرشادات بشأن ما لا ينبغى ، أو الحدود التى لايجب تخطيها . وقد بلغ الجدل حول هذه الأمور مبلغاً ضخماً . وإذا رفض القارئ ما ننصح به ، فنأمل أن يضع لنفسه قواعده المتفقة مع معايير الرابطة الطبية الأمريكية ورابطة الطب النفسى الأمريكية .

الإرشاد الأول :

التأثير العلاجى ليس لا أخلاقيا فى حد ذاته .

مثال : يتلقى مريض مصاب بالهوس الخفيف علاجاً نفسياً تدعيمياً ليساعده جزئيا على زيادة الالتزام باستعمال الدواء . ويناقش الطبيب النفسى مع المريض فوائد ومخاطر تناول الليثيام . وبعد المناقشة ، ظل المريض غير مطمئن لتعاطى هذا الدواء . عندئذ يقول له المعالج فى حزم « بوصفى طبيباً ، أرى أنه من الضرورى أن تجرب هذا الدواء لفترة » .

المناقشة : هذا سيناريو مألوف ، حيث يستخدم المعالج كل أنواع نفوذه ليؤثر على المريض حتى يقبل تناول دواء معين . وفيما يلى الاحتمالات المختلفة لنفوذ أو سلطة المعالج .

- **سلطة المعلومات :** القائمة على احتياج المريض لمعلومات ومعارف كافية .
- **سلطة الخبرة :** القائمة على مكانة المعالج أو ما يبدو عليه من تفوق وعلو فى المعارف والمعلومات .
- **السلطة الشرعية أو القانونية :** وهى السلطة الكامنة فى العلاقة بين المعالج والمريض .

● **السلطة المرجعية :** والناشئة من توحد المريض بالمعالج أو الاقتداء به .

● **سلطة الإجبار أو المكافأة :** وتعتمد على قدرة الطبيب فى تقديم الثواب أو العقاب المترتب على استعمال المريض للدواء .

وفى الحالة التى ذكرناها ، نجد أن سلطة الطبيب تنحصر فى سلطة المعلومات (أو التربية) وسلطة الخبرة . وهاتان الوظيفتان للعلاج الطبى تعبران عن تقليد طبى اكتسب احتراما على مر العصور . ومن المفترض عموما أنه فى المسائل الواقعية تظل قدرات المريض على اتخاذ القرارات المستقلة باقية ، بل وأن تعمل بكفاءة أعلى إذا قمنا بتعليم المريض .

ويستطيع المريض ، إذا رغب ، أن يتحقق من صدق المعلومات الواقعية التى يتلقاها من الطبيب باللجوء إلى مصدر آخر ، وربما - وهذا أهم - تكتسب المعلومات نفسها تأثيراً مستقلا نسبياً عن مصدرها . إن اتخاذ الطبيب دور الخبير الاستشارى واستخدامه للاستهواء النابع من مكانته ومركزه أمر طبيعى وشائع . ويفترض منطقياً أن الطبيب خبير فى المسائل الطبية والدوائية ، وأن المريض ليس السلطة الأولى فى تقريرها ، بل يوافق عن علم على توصية الطبيب ، كما هو الحال عندما يوصى الجراح بإجراء عملية استكشاف للتوصل إلى أسباب الألم الذى يشكو منه المريض فى بطنه .

إن هذا الموقف بالرغم من بساطته محمل بالمسائل الأخلاقية . وفهم المريض والتزامه بالعلاج بالليثيام يتأثر بكل الجوانب الثلاثة للعلاقة بين المريض والمعالج ، ألا وهى التدعيمية والطرحية والتحالف العلاجى . وفضلا عن ذلك ، فإن المرء يتساءل ما إذا كان مريض الهوس الخفيف قادراً على إعطاء موافقته عن علم فعلى بالعلاج الطبى .

وعندما يستدعى الأمر اتخاذ قرارات أكثر مساساً بالشخصية ، فإن المريض قد يكون أكثر تأثراً بتلك الجوانب . وعند استخدام الأوامر أو التحريمات أو أساليب التحكم فى السلوك على وجه الخصوص ، فإن كلا منها يختصر الطريق المعتاد

الذى يتكون من : حديث المعالج استبصار المريض تصرف المريض ، مما قد يحرم المريض من الفرصة فى تمعن أى مسار يتخذ ، فيساعده ذلك فى اتخاذ قراره المستقل .

ونود لفت الانتباه إلى أنه فى العلاج التدعيمى يفترض المرء التالى : ١) أن المعالج يتصرف فى حدود مصلحة المريض ، ٢) أن الهدف هو فى النهاية أن يحقق المريض أكبر قدر ممكن وواقعى من الاستقلال الذاتى عن المرض . ومن المفيد جداً ، أن نضع « مصلحة المريض » نصب أعيننا حتى لا نفقد الهدف .

الإرشاد الثانى :

تقديم النصح فى مسائل بعينها ليس لا أخلاقيا فى حد ذاته .

مثال : يخبر معالج مريضاً ، له تاريخ من سوء اتخاذ القرارات المالية ، أنه « لايمكنه شراء سيارة جديدة » .

المناقشة : إن احتمال وجود تأثير ، أو نفوذ قوى ، قائم فى كل العلاقات المهنية ولايقتصر على مسائل السلوك الجنسى . ومن المعروف أن المعالجين يأمرون مرضاهم بالتوقف عن تعاطى المسكرات والمخدرات ، وإساءة معاملة الزوجة والأولاد وإطاعة القانون . فالمعالجون قد يقترحون أو ينصحون أو يعلقون على حاجة المريض لإنفاق المال بحرص أكثر ، أو عدم التمادى فى صداقة مجموعة جديدة . ومن الناحية الأخرى ، أى من ناحية السماح بأنواع معينة من السلوك ، فإن محاولات المعالج التخفيف من حدة التزمت الشديد والعقاب ، قد يؤثر على المريض بما يدفعه إلى سلوك أكثر عدوانية أو أكثر جنسية .

وعندما يقوم المعالج بتقديم رأى أو توجيه مباشر ، فهناك عدة أخطار كامنة . أولها ، احتمال إفساد العملية العلاجية ؛ لأن تعبير المعالج عن رأيه قد يسكت المريض ، فكلمات المعالج قد تحبس أفكار المريض . فالخوف من

إغضاب المعالج أو الإساءة إليه ، بل وحتى إرضاؤه وكسب وده قد يعقل لسان المريض . ويمكن بالطبع تجنب مثل هذا الخطر ، ليس بواسطة سكوت المعالج أو امتناعه عن إبداء رأيه ، وإنما بادراكه وفهمه الملائم لدوره بالنسبة إلى ذلك المريض بالذات .

ثانيا ، أن النصيحة قد تكون في غير موضعها ؛ بمعنى أنه إذا اتبعها المريض فقد تكون مدمرة فى حد ذاتها . ولكن هذا الخطر - مرة أخرى - لايجب تجنبه بالسكوت أو الامتناع ، لأن التوقف عن سداد النصح قد يؤدى إلى نتيجة أسوء . وإنما يمكن توقى هذا الخطر عن طريق كفاءة المعالج فى تقديم النصح وكذلك فى قصره على المسائل الملائمة بالنسبة للمريض بالذات . ويرى ريدليك (١٩٨٩) أن التأثير على المريض بشأن أنشطة يجب عليه أن يبت فيها بنفسه قد يعتبر إساءة لاستعمال المعالج لسلطته . ولكن تطبيق مثل هذا التحذير فى العلاج التدعيمى غير أكيد ، عندما تكون قدرة المريض على اتخاذ القرار معتلة ؛ إذ إن عدم قدرته على الموافقة عن علم ، سلاح ذو حدين . ويرى ريدليك ضرورة حماية المريض من إساءة استعمال المعالج لسلطته . ونرى من جهتنا ضرورة حماية المريض من سلطته الشخصية ، مثل سلطته فى تدمير نفسه أو افساد صحته النفسية . ويجب على المعالج ألا يصم آذانه على استغاثة مريض يطلب من المعالج أن يحميه من نفسه .

ثالثا ، قد يكون رأى أو نصيحة المعالج مفيدة للمريض ، ولكنها قد تضرب عرض الحائط بشىء من قيم المريض وتغير سلوكه . إن مثل هذا التأثير قد يكون لا غنى عنه أحياناً ، ولكنه ليس ضاراً فى كل الأحوال . فقد تكون النصيحة سليمة وتغير سلوكاً مرغوباً ، إذا كان ذلك فى مصلحة المريض . وسوف نعود إلى ذلك بمزيد من التوضيح فيما بعد .

ونود أن نلفت الانتباه إلى أن الأطباء النفسيين بصرف النظر عن نوع العلاج الذى يمارسونه يجب أن يسألوا أنفسهم : « هل هذه النصيحة فى مصلحة المريض أم أنها فى مصلحتى أنا فحسب ؟ » .

الإرشـاد الثالث :

لا تخلو أهداف العلاج من التأثر بالقيم

مثـال : بعد الإقـامة خارج المستشفى فى المجـتمع ، تعـرضت المريضة لانتقاد من جانب المشـرف على جماعتها بسبب عدم قـيامها بما هـو موكـول إليها . فغضبت وطلبت من المعالج أن يـعيدها إلى المستشفى . ومع أن المعالج يدرك أن من أهداف العلاج الرئيسية هو مـساعدة المريض على أن يتخذ قراراته بنفسـه ، إلا أنه حث المريضة على بذلك مـجهود أكـبر فى المجتـمع الخارجى ورفض إدخالها إلى المستشفى .

مناقشة : أوضح ميكانيك (١٩٨١) أن معتقـداتنا الحالية بشأن العلاج فى الصحة النفسية نوع من الإيديولوجية شـأنها شأن المعتقدات السابقة . وهكذا ، فإن الأهداف العامة للعلاج اليوم مثل إعادة المرضى إلى المجتمع وإخراجهم من المستـشـفيـات ، ومنح المرضى أقصى حـد من الاستـقلال ، وعـلاج المرضى المزمنين فى منازلهم ، تخلق ضغوطاً فى اتجـاه دفع المرضى إلى المجتمع ورفض إيداعهم بالمستشفيات . ويتأثر المعـالج بهذه الضغوط فى وضع الخطط العلاجية ذاتها ، حتى ولو بدا أن المريض قد وافق عليها .

الإرشاد الرابع : قد تغفل أهداف العلاج الرغبات العاجلة للمريض :

أمثـلة : طلب مريض أن يأخذ تموينه من أدوية العلاج لمـدة شهرين ، لأنه سيـخرج فى أجـازة طويلة . ورأى المعالـج الطبى أن المريض لن يواظب طيلة هذه المـدة على تناول الأدوية فى مـواعيدها وناقش الأمـر مع المريض . ووافق المريض على تقصير مدة الإجازة وأن يتردد بشكل دورى على المعالج لأخذ الدواء .

مثال آخر : مريض آخر فى العلاج التدعـيمى ويتناول دواءً طويل المفعول مرة كل أسـبوعين . وكـان من عادته أن ينفق راتبـه الشهرى كله مـن التأمين الاجتماعى فى خلال يومين من تسلمه على الخمر ومـا شابه من أشياء سخيفة . واتفق المعالج مع الوصى على المريض على أن تتسلم الـعيادة الشيك ، ويعطى

المريض ربع الراتب كل أسبوع فى ميعاد حضوره . ورفض المريض هذا الأسلوب « الاستبدادى » ، ولكن الطبيب النفسى أصر على ذلك حتى يحقق التزام المريض بالعلاج بشكل أفضل ويضمن إنفاقاً « أفضل » لدخل المريض .

المناقشة : كثيرا ما يعارض المعالجون ، لأسباب علاجية ، الرغبات أو الخطط العاجلة لمرضاهم . فلا يمكنهم الوقوف مكتوفى الأيدى إزاء عدم انصياع المرضى لمتطلبات العلاج أو إزاء اتباعهم لأنواع مدمرة من السلوك ، بدلا من السلوك البناء . وتتضح هذه المشكلات على وجه الخصوص فى العلاج التدعيمى للمرضى الذين يعانون من اختلال الحكم على الأمور . وفى الحالات الشديدة ، عندما يكون المريض غير مؤهل قانونياً لاتخاذ قرار بشأن علاجه ، فعلى الفريق العلاجى - والمحكمة أحيانا - اتخاذ هذا القرار نيابة عنه .

وعادة يجب على المعالج ، أن يسمح للمريض بأقصى ما يمكن من الاستقلال فى اتخاذ القرارات الخاصة بحياته وعلاجه . ورغم ذلك ، فإن التوجيه الخير فى صالح المريض على المدى البعيد . وقد يتضمن ذلك تجاهل رغبات المريض الملحة ومطالبته بالتريث أو تأجيل اتخاذ القرار . وقد تناول بوشامب وماكنلوه (١٩٨٤) بتوسع مسألة المقارنة بين أشكال الاستقلال الذاتى والتوجيه الخير ، فرأيا أن كلا المبدأين ليست له أولوية على الآخر ، وأنه قد يكون لكل منهما موقفه المستقل حين اتخاذ القرارات الأخلاقية . وفضلا عن ذلك ، ورغم المحاولات الحديثة لتصور علاقة الطبيب بالمريض على أنها علاقة مورّد محايد يتفاعل مع مستهلك ذى دراية ، فإن الأطباء النفسيين يعلمون أفضل من غيرهم أن المرضى ليسوا أفضل من يعبر عن مصالحهم (سايدر ١٩٨٤) . ولذلك ، فإن التأثير العلاجى يظل محتفظاً بمفعوله بالنسبة إلى المرضى الذين يتمتعون باستقلال ذاتى حتى لو دخلوا فى التعاقد العلاجى بكامل حريتهم لكى يغير المعالج من سلوكهم . لأن ذلك يعنى فى واقع الأمر موافقتهم على الخضوع لتأثير المعالج .

وقد يجد المعالج نفسه فى وضع متناقض كأن يكون أكثر نفوذا من صديق من بعض النواحى وأقل نفوذا من نواحٍ أخرى . ولكن على المعالج أن يمارس نفوذاً أكثر مما يستطيعه أى صديق فى بعض المسائل وأقل من الصديق بالنسبة إلى مسائل أخرى . وذلك لأن للمعالج ، من ناحية ، سلطان خفى ومصادر للتأثير ، ولكن علاقته محدودة من ناحية أخرى . فالصديق مثلا قد يستخدم علاقته بالمريض فى أشباع ذاته فقط . ولكن أشد العلاقات العلاجية وداً لا يمكن أن تكون صداقة حقيقية ؛ إذ يجب على المعالج أن يقصر استخدامه لنفوذه على ما يخدم مصلحة المريض والعلاج الذى يمارسه . أما الصداقة فلها قواعد أخرى ؛ إذ يستطيع الأصدقاء أن يفرضوا نصائحهم أو آراءهم ، كما يسمح لهم أيضا بأن يشبعوا حاجاتهم الشخصية من خلال الصداقة .

وليست المسألة المطروحة ، هنا ، هى حق المريض فى أن يكون ذهانيا أو غير ذلك ، إنما المسألة تتعلق باستخدام النفوذ العلاجى لتحقيق الخطة العلاجية ، والتى قد لا يقدر المريض بعض أهدافها حق قدرها . وكما يقول ويب (١٩٨٨) « إن المريض النفسى نادراً ما يكون فى موقع يمكنه من أن يكون مستهلكا مستنيرا وذا دراية يستطيع أن يقيّم بشكل واقعى وبطريقة منطقية كافة جوانب التعاقد العلاجى » . والدليل على ذلك ، أن التعافى من حالة هوس قد يعنى التخلى عن بعض المزايا التى لو سئل المريض تركها لما قبل التخلى عنها .

الإرشاد الخامس :

ما قد يحصل عليه المعالج من رضا أو إشباع من المريض ليس لاأخلاقيا دائما .

مثال : قبول المعالج هدية من المريض .

المناقشة : يحصل المعالجون على أتعاب فى مقابل خدماتهم ، ويكون العلاج غالباً نشاطاً يشبع المرء انفعالياً . فالرغبة فى بذل العون وتغيير المريض هى نشاط فيه إيثار ومكافأة فى الوقت نفسه . وعندما يفشل ذلك الجهد فى تحقيق ذلك يحدث الإنهاك . وفى العلاج التدعيمى حيث يكون بذل العون

وإقامة العلاقة الحقيقية مع المريض لهما دلالتهما ، قد يظن المعالج أن هناك خطأ ما فى إقامة تلك العلاقة . ولقد سبق لنا ، فى الفصل السادس ، تناول مسألة الهدايا ، وأوصينا ألا يقبل المعالج الهدايا من المرضى إلا فى ظل ظروف معينة . وهذه الظروف هى أن يكون لقبول الهدية فائدة علاجية للمريض . أما أنواع الإشباع الأخرى الأكثر مادية ، حتى لو كانت وثيقة الصلة بخطة العلاج ، فيجب تجنبها من ناحية المبدأ ؛ ذلك لأنها تحمل شبهة الفساد ، وهو أمر معاد تماما لدور المعالج كقدوة للمريض . وأحيانا يمكن للمرء معالجة تلك المسائل الأخلاقية بتحويل الهدايا المادية إلى جهة محايدة ، مثل المؤسسات الخيرية . ويجب التأكد أولا من أن القانون يسمح بذلك .

خمسة إرشادات بشأن الحدود

على المعالج أن يمارس دوراً قوياً وتدعيمياً فى تشكيل علاج المريض ، وعليه فى الوقت نفسه أن يراجع ويفحص باستمرار العمليات الجارية ، ويستخدم أو يسمح باستخدام توازنات ومصدات إضافية . وسوف نعرض الآن لهذه المصدات والحدود ؛ باعتبارها إرشادات تقابل ما سبق أن عرضناه لما هو مسموح به .

الحد الأول :

يجب الوصول بالاستقلال الذاتى للمريض إلى أقصى حد .

مثال : إذا رجعنا إلى المريض الذى ذكرناه فى أول إرشاد ، نجد أن الطبيب يمد المريض بالمعلومات عن مرضه وفوائد كربونات الليثيام وآثارها الجانبية ، ويدرج المريض ضمن جماعة علاج تدعيمى . ويبدى المعالج استعداده ليناقش بصراحة استجابات المريض للعلاج ، مثل مشاعر التواكل أو الاعتماد المزمنة التى تنشأ خلال العلاج ، والاشتياق إلى « الإفراط » أحياناً ؛ والفعالية الظاهرة للعلاج ، والمخاطر والفوائد لأنواع العلاج البديلة .

المناقشة : إن الاستخدام العـلاجى للسلطة يمكن تشبيهه باسـتخدام جرّاح العظام للجبيرة فى علاج الساق المكسورة . فـهدف الجبيرة هو إعادة الساق إلى حالة مناسبة ، ويعرقل هذا الهدف تـرك الجبيرة لمدة أطول من اللازم أو جعلها أكثـر إحكامـا وضيـقاً من اللازم (مندل ١٩٧٠) . فـمن المهم وضع أهداف علاجية واضـحة ومحددة ، يعاد النظر فـيها بشكل دورى مع المريض ، إلا أن هذه المراجعـة تكون عديمة المعنى ، ما لـم يقم المعالج بجهـد متناسق ليسـاعد المريض كى يصبح شـريكاً نشطاً ومتضـامناً فى عملية العلاج . ولهـذا السبب تضمن تعريفنا للعـلاج التدعيمى فى الفصل الأول هدفـاً دائماً ، هو الوصول إلى أقصـى حد من الاستـقلال الذاتى للمـريض فى العلاج . ويكون المـعالج الذى يقوم بذلك قد قطع شـوطاً طويلاً نحو استبعاد الاعـتمادية التى لاضرورة لها فى التأثير أو النفوذ العلاجى . ولقد أشار جولدبرج (١٩٧٧) أيضا إلى ما سماه بـ «المشاركة العـلاجية» ؛ وهى التعبير الصـريح عما نسميه بالجـانب التحالفى التنفيذى من العلاقة العلاجية .

ويترتب على ذلك الحد ، أنه عندما يصعب تحديد السبب فى تدخل ما ، فعلى المعالج تجـنب استخدامه بصـفة عامة . وعندما يخـتلف المعالج والمريض بشأن موضوع ما ويحتاج الأمر إلى طرف ثالث ، على الطبيب النفسى أن يلجأ إلى استشارة طبيب آخـر أو حتى مكتب من مكاتب الدفاع عن حقوق المرضى . وفى إطار مؤسـسة الصحـة النفسـية للمجـتمع ، غالبـاً ما يتم الحـصول على الاستشـارات الخاصة بأخلاقيات المهنة مـن خلال الإشراف الاكلينيكى ، وهى عملية أقل مما هو مطلوب عادة ؛ لأن وقت الإشراف والخبرة لايكفيان ، ولعله من المطلوب أن تحال مـثل هذه الحالات إلى لجنة استـشارية . وإذا لم يكن من الممكن الحصول على الاستشارة داخل الوحدة التى ينتمى إليها المعالج ، فيمكنه اللجوء إلى الهـيئات الإقليمـية الخاصة بمـهنته . وتقدم لجنة الميثـاق الأخلاقى برابطة الطب النفسى الأمريكية استشارتها للأعـضاء بشأن الانتهاكات الأخلاقية الواقعية أو المفترضة .

إن وجود أعضاء آخرين من العاملين فى مهنة الصحة النفسية بالفريق العلاجى « كمعالجين إضافيين » أو جمعيات الدفاع عن حقوق المرضى يساعد على إزالة المظالم الناشئة عن سوء استخدام السلطة ويوفر للمريض أمنًا ، فيدرك أنه يستطيع أن يثق بالمعالج لوجود مثل تلك الهيئات . ومما يطمئن المريض أن يعرف ، قبل اللجوء إلى العلاج ، أن المعالج عضو فى رابطة الأطباء أو الأخصائيين النفسيين بحيث تحكمه القواعد الأخلاقية لتلك المنظمات .

الحد الثانى :

بعض أهداف العلاج ليس مسموحاً بها .

مثال : معالج يخبر مريضاً بأن يقلع عن الجنسية المثلية ويهتم بالنساء .

المناقشة : إذا شخّصنا مريضاً ما بأنه يعانى من اضطراب نفسى ، فذلك يعنى أن الاضطراب المذكور سيصبح موضوع العلاج . وفى الدليل الثالث المراجع لاتعتبر الجنسية المثلية اضطراباً نفسياً أو عقلياً ، ومع ذلك فإن التعاسة والشقاء اللذان يلمان بالفرد نتيجة توجهاته الجنسية يسمح لنا بإدراجها ضمن فئة « اضطراب جنسى لم يسبق تصنيفه » . وفى المثال الذى أوردناه (دون تفاصيل) فالاحتمال الأكبر أن المعالج افترض وجود مشكلة ما فى جنسية المريض المثلية ، وحاول بشكل حاسم تغيير التوجه الجنسى للمريض . وهكذا ، فرض المعالج قيمة على المريض بدلا من علاج اضطراب نفسى معترف به .

إن وجود اضطراب نفسى من العوامل التى يمكن استخدامها لتبرير التدخل العلاجى ، إلا أنه ليس السبب الأوحد للعلاج . وهناك الكثير من الأهداف التى يمكن طرحها فى العلاج ولاترتبط بشفاء الاضطراب النفسى ؛ إذ يمكن طرح أى نوع من أنواع السلوك المعطل أو المعرقل ليكون هدفاً للتغيير ، وعلى المعالج أن يحدد لنفسه ماهو السلوك « المعرقل » وبأى معيار سيحكم عليه . وفى الواقع لاتوجد إجابة سهلة لهذا السؤال . إن تحديد أى الأهداف يسمح بها فى العلاج يتضمن تداخلاً وتفاعلاً بين القيم التى تناسب المريض وتلك التى

ترجع إلى المجتمع ككل . فمثلا لايمكن عـلاج أو إرشاد أى نشاط غير قانونى بواسطة شخص ملتزم بالقواعد الأخلاقية ، كما أن فى ذلك انتهاكًا لبقية قواعد المهنة الأخلاقـية . ومن ناحية أخرى ، يمكـن للمعالج أن يعالج مـجرماً (من الاكتئاب مثلا) دون أن يطالبه بتـغيير مهنته ما لم تكن تلك المهنة ذات صلة - طبعاً - بتكوينه النفسى المرضى .

والآن ، ومع أخذ تأثرنا بمفـهوماتنا عن المرض والاعـتبارات القـانونية فى الاعتبار ، هل نتوجه بنصائحنا واستراتـيجيات تغيير السلوك إلى الحاجات التى يقـررها المريض نفســه ؟ ليس تماماً ، لأنه كـما سـبق أن وجدنا ، قـد تكون حاجات المريض على المدى القريب متعارضـة مع مصالحه على المـدى البعيد . فمثلا ، قـد ينفر المرء من « مساعدة » شخص يريد العلاج حـتى يظل خاضعاً لزوجته التى تسومه سوء العذاب ، أو من تدريب أحد أبناء المدمنين على إخفاء مشكلات الأسرة أمام الجيران .

وخلاصة القول ، أن هناك أهدافـاً للعلاج لايسمح بها لفرضها قيـماً غير ملائمة على المريض .

الحد الثالث :

للمريض حق رفض العلاج .

مثـال : حُكم على مريض من « المشرديـن » الذين لا مأوى لهم بإدخاله المستشـفى للعلاج ، ورأى الطبيب النفسى أن المريض يعـانى من مرض عقلى مزمن . وقـرر أمام المحكمة أن المريض لا يشكل خطرا على الغـير ، ومن ثم يجب إطلاق سراحه .

المناقشة : يتغير هذا المشـهد المـألوف حدوثه فى المؤسسات الطبيـة النفسية العلاجية ، وفق تغير القيم الاجتماعية التى تنعكس فى لوائح قانون إيداع المرضى المستشفيات . وحتى فى الحالات التى يتصرف فيها المعالج وفق المعايير القانونية والطبية بصورة لا لبس فيها ، يحتفظ المريض بحقه فى الرفض . ويشكل ذلك

توازناً مع حقيقة لا سبيل لانكارها ، ألا وهى أن أهداف العلاج لا تخلو من القيم بل وتتضمن عناصر سيطرة على السلوك قد تتعدى على الحقوق الدستورية للمريض . فمثلا ، يعتبر إعطاء الأدوية التى تقلل من السلوك المتهيج أو المضطرب تدخلا محموداً من المعالج ، ولكنه قد يكون بالنسبة إلى المريض إجباراً وانتهاكاً لحقوقه القانونية والتى قد تكون أكثر أهمية من النتائج الطبية .

إن ضوابط العلاج الإجبارى تذكرنا بما سبق وقلناه من أن القواعد الأخلاقية تَجُبّ المعايير القانونية . ففى بعض الولايات الأمريكية يستطيع المعالج معالجة مريض نفسى مشرد ، لايستطيع العناية بنفسه أو بحاجاته . ولكل ولاية قواعدها وإجراءاتها الخاصة بالعلاج الإجبارى . وهكذا ، نجد أن مثل هذا العلاج أقل أخلاقية فى بعض الولايات عما هو عليه فى ولايات أخرى ؛ لأن القانون فى الولايات الأولى أقرب إلى وجهة نظر العلاج التدعيمى وقيمه بشأن أهمية وفائدة العلاج . كما يجب على المعالج ألا يتراجع أو « يخجل » من تقديم العلاج بسبب أنه إجبارى ؛ إذ كثيرا ما ينجح العلاج فى ظل ظروف الإجبار .

الحد الرابع :

الحاجة إلى الأمانة والصدق فى العلاقة العلاجية قد تطغى على الأهداف الفورية للعلاج .

مثال : مريض يتعاطى كميات متوسطة من فيتامين ب ١٢ اعتقادا منه أنها تمنع الهلاوس . وسأل طبيبه ليتأكد ما إذا كان هذا الفيتامين عقاراً شافياً ، ولكن المعالج أحس بأن الأمانة تتطلب منه ألا يؤكد هذا الاعتقاد ، فيقول « ما دام العقار يحسن حالتك ، فلا مانع لدىّ من تعاطيك له » .

المناقشة : إذا كان المعالج يمارس نفوذاً كافياً بحيث يستطيع التغلب على رغبات المريض الفورية ، كما يقترح عنوان الإرشاد الرابع فيما هو مسموح به ، فإنه يستطيع ممارسة مثل تلك السلطة بشكل مشروع فقط ، فى إطار من الثقة والصراحة القائمتين بينه وبين المريض فقط . كما ينبع هذا الحد من مسئوليات

المعالج الاجتماعية والمهنية كممثل للمهنة وكقدوة بالنسبة إلى مريضه . ونعتقد أن على المعالج عدم الكذب على مريضه بشأن تشخيص مرضه ، حتى لو كان ذلك سيؤدى إلى تحسن عاجل فى أداء المريض لوظائفه . ونعتقد فى نفس الوقت أن تدعيم إنكار المريض قد يسمح به أحيانا ، كما يحدث عندما نحاول تشجيع التزامه بالعلاج (انظر فصل ١٥) . على أن الخط الفاصل ليس واضحاً أو محدداً تماماً ، ويرى إث (١٩٩٠) أن الخداع يعتبر الآن مدمراً لاستقلال المريض الذاتى المعنوى ولعلاقة الطبيب بالمريض ؛ إذ لابد من استعمال التفسيرات الصادقة ، مهما طال أمد التسويف واستخدام العبارات الملطفة .

وعلى المعالج أن يحذر من اقتراح المسارات المتضاربة للعلاج التى تؤدى إلى الخلط وما يستتبعه من إضرار للعلاقة بين المعالج والمريض . وقد يفلح هذا النوع من التدخلات فى مواقف بعينها ، ولكنه يضر استقلالية المريض على المدى البعيد . وعدد من يبرع من المعالجين فى استخدام مثل هذه التدخلات ، مثل ميلتون إريكسون ، أقل مما نتصور ؛ لذلك علينا توخى الحذر عند تطبيق مثل تلك الفنيات (هيلى ١٩٨٦) .

الحد الخامس :

لكى يتجنب المعالج الوقوع فى « المطبات » الأخلاقية عليه فهم نفسه وفهم المريض .

أمثلة : اكتشف معالج نفسى ، كان يعانى الأمرين من مريضة ، فى محاولته إقناعها بالدخول فى برنامج تأهيلى مهنى ، أن هناك تشابها بين هذا الوضع ووضعًا آخر فى حياته الشخصية : فقد كان هو الآخر يحاول دون جدوى إقناع ابنته بدخول مدرسة مهنية . وأدرك المعالج أنه كان يفرض على المريضة برنامجاً قد لايكون فى صالحها .

محام كان يعـانى من القطبية الثنائية ، يعمل فى مكتب قـانونى محترم ، يشارك فى قضايا تخص العيادة أحياناً . وكـان المعالج يستمتع بما يقصه المريض عن سلوك وتصرفـات شخـصيات مـهمة فى البلدة . وكـان المريض يفكر فى التقاعد وأن يكرس ما بقى من حياته كاملا للغناء وهى رغبة كانت تراوده طول حياته . ووجد المعالج نفسه يناقش المريض كى يقنعه بعدم التقاعد .

غانيـة كانت تعانى من اضطراب الشـخصيـة الهستـيرى وتفكر فى الزواج والعودة إلى الدراسـة الجامعية . وكـان المعالج يستمـتع بقصصها عـن نشاطها الجنسى مع الشخصيات المعروفة من رجال أعـمال بلدتها . ويجد المعالج نفسه يحثها على ألا تغير مسار حياتها من حيث إنها تحتاج إلى الخمسمائة دولار التى تتقاضاها فى الليلة .

مناقشة : لقد عرضـنا من قبل لبعض « المطبات » التى تواجـه المعالج فى اتخاذه القرارات والأخلاقيات المناسبة . وسوف نتعرض لها الآن بالتفصيل .

إن إشبـاع المعالج لذاته أو إرضـائه لها قد يكون صارخـاً ولا يمكن الدفاع عنه بأى حال من الأحوال . وأحياناً يكون لاشعورياً فتختلق له الأعذار والمبررات ، بينما هو واضح لكل ذى عينين .

ولقد أشرنا إلـى أن القيم الاجتماعـية غالباً مـا تكون من مكونات العلاج النفسى ، كما أنها تؤثر على تطور العلاجـات الطبية النفسية . على أنه قد تكون للمعالج قيم شخصيـة تختلف عن القيم الكامنة فى تقبل المريض لخطة العلاج . ويكون الخطر الذى يتعـرض له المريض الذى يعانى من ضعف استـقلاله الذاتى أكبر من خطر غسيل المخ (أو ما يسميـه البعض بإعادة التثقيف بدلا من غسيل المخ) ، وهو الخطر من أن تجرفه قيم المعالج الشخصية وتطغى عليه .

والأمر بالمثل فى **حالة طغيـان الحاجات الشخـصية** . فهذا خطر داهم فى العلاج التدعيمى ، حيث تؤدى الرغبة فـى المساعدة إلى توحد إسقاطى من جهة المعالج وإشباع بديل من أنشطة المريض (أى كـأن المعالج هو الذى يقوم بها) ،

سواء كانت مقبولة اجتماعياً أم لا ، أو إلى السيطرة الأبوية ، أو الاستبداد السادى ، أو ببساطة كما يقول (مارمور ١٩٥٣) إلى تأكيد مشاعر غير واقعية بالتفوق . لذلك ، يجب على من يمارس العلاج التدعيمى أن يدرك الفرق بين الإيثار والماسوكية الأخلاقية .

وهناك أيضا الدور المزدوج ؛ حيث يقوم الطبيب النفسى بأكثر من دور ، وذلك حين يقوم بدور قضائى بالنسبة إلى المحكمة أو بدور إدارى بالنسبة إلى المريض (مثل الدور الائتمانى الذى قام به فى الحالات السابقة والموصوف فى فصل ١٧) . فالطبيب النفسى الذى يعتقد مثلا أن معظم الأمراض النفسية يمكن علاجها بواسطة العلاج النفسى المختصر أو من خلال الزيارات المنزلية الشهرية ، عليه أن يفحص أو يتمعن كلا من الطرح المضاد والتناقض المعرفى لديه ، ويحاول أن يفصل حكمه الإكلينيكى عن دوره الإدارى أو المالى . وأحياناً يكون اختلاط الأدوار أكثر خفية وأقل خدمة للغرض ، عندما يباشر المعالج كلا من المريض وأسرته ؛ إذ لا نستطيع عندئذ تبين من الذى تخدمه التدخلات المعينة . وقد ناقش سايدر (١٩٨٤) الصراعات الأخلاقية المتضمنة فى الاختيار بين مختلف الأساليب العلاجية .

ويجب بالتأكيد تحديد التدخلات التى تخدم أغراضا متعددة ، إذا كنا نريد التقليل إلى أدنى حد من أثر « الدور المزدوج » . وهكذا ، يكون على الطبيب الذى أشرنا إليه آنفا أن يقدم إجراءاته العلاجية بأمانة ودون الإيحاء بأنها شافية بالضرورة . والأمر بالمثل ، مع المعالجين فى معظم المستشفيات ومراكز الصحة النفسية المحلية الذين تثقلهم مسؤلياتهم الخاصة بتقديم أقصى ما يمكن تقديمه من وقت وموارد لخدمة المجتمع ككل بدلا من فرد بعينه . وكثيراً ما يستدعى ذلك استبعاد مريض من العلاج أو التأهيل ، لمصلحة مريض آخر حل عليه الدور . ومثل هذه القرارات جزء من الإدارة العامة للصحة النفسية ، ولكن لايجب إحاطتها بمبررات علاجية وهمية .

وهناك **الأخطاء الفنية** التى لاتعد بالضرورة أخطاء أخلاقية فى العلاج ، إلا أن المعالج عليه واجب أخلاقى فى أن يكون مكتمل الكفاءة ، وأن يتجنب ممارسة أنواع أخرى من العلاج لم يتلقَ فيها التدريب الكافى . وفى الحياة الواقعية تختلط مصادرالخطأ ، فنجد مثلا أن خليطا من الأخطاء الفنية والحاجة المادية والطرح الأبوى المضاد ، قد تدفع المعالج إلى الإطالة فى العلاج بحيث يتخطى أقصى فائدة له بل ويزيد إعتمادية المريض سوءاً .

ولما كنا قد عرضنا من قبل الإرشادات الخاصة بتصرفات المعالج ، فإننا سنتحول الآن إلى تقديم إرشادات مماثلة ومتوازنة بخصوص اتجاهات المعالج التى قد تنذر بالمصاعب ، سواء من حيث التخلى الأخلاقى عن المريض (أى الفشل فى إجراء التدخلات اللازمة جدول ١٨ - ٣) ، أو التعدى على حقوق المريض الأخلاقية (القيام بتدخلات لا لزوم لها جدول ١٨ - ٤) .

جدول (١٨ - ٣) الاتجاهات التى قد تؤدى إلى إغفال القواعد الأخلاقية

فقدان التعاطف الفاهم لموقف المريض وحاجاته .
استبدال المعالج دوره كمعالج بدور آخر هو المدافع عن حقوق المريض .
افتراض أن كافة المرضى المدركين لوضعهم القانونى لهم قدرات متساوية على اتخاذ القرار .
الاعتقاد أن معاناة المرء من أخطائه هى المصدر الوحيد للنمو الذاتى .
الخشية من تحمل جسامة مسئولية إعطاء النصيحة الطبية أو العلاجية لاحتمال خطئها أو وصولها إلى نتائج سيئة .
اعتبار عملية التفاوض بشأن العلاج مساوية للتحكم فى السلوك من جانب واحد (من جانب المعالج) .

جـدول (١٨ - ٤) الاتجاهات التى قد تؤدى إلى التعدى على الحقوق الأخلاقية

إهمال اكتشاف قيم المريض .
الانتقاص من الاحترام الواجب للمريض ؛ باعتباره مصدراً فردياً للفعل الأخلاقى والذى يجب زيادة استقلاله الذاتى إلى أقصى درجة .
تقديم النصح فى مسائل ليس لنتيجتها أهمية .
اتخاذ موقف لا تسامح فيه من أخطاء المريض .
الخلط بين مفهوم المريض الملتزم بالعلاج والمريض المعتمد أو الاتكالى .
المساواة بين المريض الناجح والمريض الذى يوافق المعالج على كل شىء .
الإحساس بالمتعة عندما يعصى المريض المعالج أو يؤذى نفسه .

إن تجنب كل من الإغفال أو الافتئات يتطلب معرفة بقيم المريض . ولعل أفضل مثال على ذلك مجال العقيدة الدينية ، والذى يبدو أكثر أهمية للمرضى منه بالنسبة إلى أطبائهم النفسيين . فقد بينت دراسة حديثة[١] أن ٩٠٪ من الرأى العام ونسبة مماثلة من مرضى مستشفيات الطب النفسى تؤمن بوجود الله ، ولكن ٤٠٪ إلى ٧٠٪ من الأطباء النفسيين يعلنون عن ذلك الاعتقاد . وربما يرى المعالج غير المتدين فى تعبير المريض عن عقيدته سلوكاً دفاعياً ، بينما يرى المعالج المتدين أن معتقدات المريض الدينية لا يجب التعرض لها أو تحديها . ويحذر أحد كبار الأطباء النفسيين من خطورة وجود « نقاط مظلمة متبادلة » ، عندما يشاطر المعالج المريض نفس المعتقدات الدينية .

ولسوء الحظ يغفل أطباء نفسيون كثيرون تناول المسائل الدينية ، فى الوقت الذى يجب عليهم تناولها ، بل إنهم وبشكل أوسع قد يعجزون عن معالجة

(١) تنطبق هذه الإحصائيات على الأطباء النفسيين والمرضى الأمريكيين . (المترجمان) .

أسئلة مرضاهم عن القيم . وتظهر هذه الأسئلة مراراً وتكراراً . ومن المعروف أن التدقيق والتزمت الخلقى عامل من عوامل اضطراب الوسواس القهرى والشخصية الوسواسية . ويمثل الانشغال بالأمور الدينية دوراً خاصاً فى الفصام والبارانويا واضطرابات الوجدان . وخلال أى علاج ، يسأل المرضى وحتى من يعانى منهم من مشاكل مؤقتة ، عما إذا كانوا أخياراً أم أشراراً ، وما إذا كانوا أخلاقيين أم لا .

فماذا يفعل المعالج ؟ لقد ناقشت اللجنة التى شكلتها رابطة الطب النفسى الأمريكية موضوع الطب النفسى والدين لفترة ، وانتهت إلى عدة إرشادات تحث الأطباء النفسيين على تزويد أنفسهم بالمعلومات عن التوجهات العقائدية والدينية لمرضاهم وتناول هذه المعتقدات بالاحترام اللائق .

وتعكس التطورات الحديثة فى مسألة علاقة الطبيب بالمريض ، والتى تحولت من علاقة سلطوية لا مساواة فيها إلى علاقة تفاوضية فيها مساواة ، تغيرات مواكبة فى الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطباء وممارسة مهنة الطب . وبالرغم من هذا التطور ، فإن كلا من الجوانب الظاهرة والخفية لتأثير الطبيب مثل مسألة السلطة فى تصنيف ريفن (انظر الإرشادات السابقة) أو عناصر العلاقة التى بيّنها جيروم فرانك (انظر الفصل الثانى) يجب أن تستمر إذا ما قدّر للعلاج أن يؤتى أكله . بل قد يقال إنه من الضرورى أحيانا « تضليل » المريض والوعد بأكثر مما يمكن للمعالج أن يقوم به حتى يتمكن من تقديم شيء على الإطلاق . فمثلا ، نعلم أن أثر العقاب المزيف ، والتأثيرات غير النوعية ، والتخييلات اللاشعورية ، فضلا عن العلاقة الطرحية المعتادة تلعب كلها دوراً فى الشفاء . ومع ذلك ، يجب أن يكون واضحاً الآن أننا نعتقد أن المدد الذى توفره العلاقة الواقعية فى العلاج النفسى التدعيمى هى أكثر من مجرد سراب لن يرتوى منه المريض . إنها فى واقع الأمر علاقة مهنية حقيقية أصيلة توفر الفهم والمساندة والأمل والتوجه الخيّر لصالح المريض .

الفهـرس

صفحة

● مقدمة المترجمين 3

● المقـدمة 6

● القسم الأول :

- الفصل الأول : أسـس العلاج 8

- الفصل الثانى : العلاقة التدعيمية 22

- الفصل الثـالث : بداية العلاج 42

- الفصل الرابع : قواعد الطريقة التـدعيمية : أساليب

الشـرح والتوضـيح 65

- الفـصل الخامس : قـواعد الطـريقة التـدعيـميـة :

التدخلات التوجـيهية 102

- الفصل السـادس : إدارة الجلسات 126

● القسم الثانى : تطبيقات :

- الفصل السابع : الفصام 145

- الفصل الثامن : اضطرابات الوجدان 176

- الفصل التاسع : اضطرابات القلق 198

- الفصل العاشر : المرضى ذوو الـتشخيص الثنائى .. 214

- الفصل الحادى عشر : اضطرابات الشخصية 226

- الفصل الثانى عشر : مداواة الأزمات 257

صفحة

- الفصل الثالث عشر : المرضى المصابون بالأمراض
الجسمية 281
- الفصل الرابع عشر : المريض المسن 305
● القسم الثالث : تفاعلات .
- الفصل الخامس عشر : الالتزام باستعمال الدواء .. 318
- الفصل السادس عشر : الشئون العائلية 337
- الفصل السابع عشر : إدارة الحالة وما بعدها 347
- الفصل الثامن عشر : الأخلاقيات الأساسية فى
العلاج النفسى التدعيمى 360

المشروع القومى للترجمة

١- اللغة العليا	جون كوين	ت : أحمد درويش
٢- الوثنية والإسلام	ك . مادهو بانيكار	ت: أحمد فؤاد بلبع
٣- التراث المسروق	جورج جيمس	ت : شوقى جلال
٤ - كيف تتم كتابة السيناريو	انجا كاريتنكوفا	ت : أحمد الحضرى
٥ - ثريا فى غيبوبة	إسماعيل فصيح	ت : محمد علاء الدين منصور
٦ - اتجاهات البحث اللسانى	ميلكا إفيتش	ت : سعد مصلوح/ وفاء كامل فايد
٧ - العلوم الإنسانية والفلسفة	لوسيان غولدمان	ت : يوسف الأنطكى
٨ - مشعلو الحرائق	ماكس فريش	ت : مصطفى ماهر
٩ - التغيرات البيئية	أندرو س. جودى	ت : محمود محمد عاشور
١٠ - خطاب الحكاية	جيرار جينيت	ت : محمد معتصم وعبدالجليل الأزدى وعمر حلى
١١-مختارات	فيسوافا شيمبوريسكا	ت : هناء عبدالفتاح
١٢ - طريق الحرير	ديفيد براونيستون وايرين فرانك	ت : أحمد محمود
١٣- ديانة الساميين	روبرتسن سميث	ت : عبد الوهاب علوب
١٤ - التحليل النفسى والأدب	جان بيلمان نويل	ت : حسن المودن
١٥- الحركات الفنية	ادوارد لويس سميث	ت : أشرف رفيق عفيفى
١٦ - أثينة السوداء	مارتن برنال	ت : لطفى عبد الوهاب/ فاروق القاضى/ حسين الشيخ/ منيرة كروان / عبد الوهاب علوب
١٧ - مختارات	فيليب لاركين	ت : محمد مصطفى بدوى
١٨ - الشعر النسائى فى أمريكا اللاتينية	مختارات	ت : طلعت شاهين
١٩- الأعمال الشعرية الكاملة	جورج سفيريس	ت : نعيم عطية
٢٠ - قصة العلم	ج. ج. كراوثر	ت : يمنى طريف الخولى/ بدوى عبد الفتاح
٢١- خوخة وألف خوخة	صمد بهرنجى	ت : ماجدة العنانى
٢٢-مذكرات رحالة عن المصريين	جون أنتيس	ت : سيد أحمد على الناصرى
٢٣ -تجلى الجميل	هانز جيورج جادامر	ت : سعيد توفيق
٢٤ -ظلال المستقبل	باتريك بارندر	ت : بكر عباس
٢٥ -مثنوى	مولانا جلال الدين الرومى	ت : إبراهيم الدسوقى شتا
٢٦ - دين مصر العام	محمد حسين هيكل	ت : أحمد محمد حسين هيكل
٢٧ - التنوع البشرى الخلاق	مقالات	ت: نخبة
٢٨ - رسالة فى التسامح	جون لوك	ت: منى أبو سنه
٢٩ - الموت والوجود	جيمس ب . كارس	ت: بدر الديب
٣٠ - الوثنية والإسلام (ط٢)	ك . مادهو بانيكار	ت : أحمد فؤاد بلبع
٣١ - مصادر دراسة التاريخ الإسلامى	جان سوفاجيه - كلود كاين	ت: عبدالستار الحلوجى / عبدالوهاب علوب
٣٢- الانقراض	ديفيد روس	ت : مصطفى إبراهيم فهمى
٣٣ - التاريخ الاقتصادى لأفريقيا الغربية	ا. ج . هوبكنز	ت . أحمد فؤاد بلبع
٣٤ - الرواية العربية	روجر آلن	ت : د. حصة إبراهيم المنيف

٢٥ - الأسطورة والحداثة	بول . ب . ديكسون	ت : خليل كلفت
٣٦ - نظريات السرد الحديثة	والاس مارتن	ت : حياة جاسم محمد
٣٧ - واحة سيوه وموسيقاها	بريجيت شيفر	ت: جمال عبدالرحيم
٣٨ - نقد الحداثة	آلن تورين	ت : أنور مغيث
٣٩- الإغريق والحسد	بيتر والكوت	ت : منيرة كروان
٤٠ - قصائد حب	آن سكستون	ت. محمد عيد إبراهيم
٤١ -ما بعد المركزية الأوربية	بيتر جران	ت . عاطف أحمد / إبراهيم فتحى/ محمود ماجد
٤٢ عالم ماك	بنجامين باربر	ت. أحمد محمود
٤٣ - اللهب المزدوج	أوكتافيو پاث	ت. المهدى أخريف
٤٤ - بعد عدة أصياف	ألدوس هكسلى	ت : مارلين تادرس
٤٥ - التراث المغدور	روبرت ج دنيا - جون ف أ فاين	ت أحمد محمود
٤٦ - عشرون قصيدة حب	بابلو نيرودا	ت : محمود السيد
٤٧ - تاريخ النقد الأدبى الحديث (١)	رينيه ويليك	ت : مجاهد عبد المنعم مجاهد
٤٨ - حضارة مصر الفرعونية	فرانسوا دوما	ت ماهر جويجاتى
٤٩ - الإسلام فى البلقان	هـ . ت . نوريس	ت : عبد الوهاب علوب
٥٠ - ألف ليلة وليلة أو القول الأسير	جمال الدين بن الشيخ	ت : محمد برادة وعثمانى الميلود ويوسف الأنطكى
٥١ - مسار الرواية الإسبانو أمريكية	داريو بيانويبا وخ. م بينياليستى	ت محمد أبو العطا
٥٢ - العلاج النفسى التدعيمى	بيتر . ن . نوفاليس وستيفن . ج . روجسيفيتز وروجر بيل	ت : لطفى فطيم وعادل دمرداش
٥٣ - الدراما والتعليم	أ . ف . ألنجتون	ت : مرسى سعد الدين .
٥٤ - المفهوم الإغريقى للمسرح	ج . مايكل والتون	ت : محسن مصيلحى
٥٥ - ما وراء العلم	چون بولكنجهوم	ت : على يوسف على

المشروع القومى للترجمة
(تحت الطبع)

تاريخ النقد الأدبى الحديث (٢)

تاريخ النقد الأدبى الحديث (٣)

المختار من نقد ت . س . إليوت

ثقافة وحضارة أمريكا اللاتينية

التصميم والشكل

خمس مسرحيات أندلسية

السياسى العجوز

تاريخ السينما العالمية

منصور الحلاج

نتاشا العجوز وقصص أخرى

السيدة لا تصلح إلا للرمى

العالم الإسلامى فى أوائل القرن العشرين

الهم الإنسانى

طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

رقم الإيداع ٢٤٦٩ / ١٩٩٨

الترقيم الدولى (I. S. B. N. 977 - 235 - 995 - 2)

Clinical Manual Of Supportive Psychotherapy

PETER. N. NOVALIS, STEPHEN. J. ROJCEWICZ, ROGER PEEL

إن الهدف من تأليف كتاب عن العلاج التدعيمى هو سد نقص كبير فى مكتبة العلاج النفسى الثرية ، وتلبية حاجة جمهور الأطباء النفسيين المقيمين والأطباء غير المتخصصين فى الطب النفسى ، فضلاً عن ذوى الخبرة من المعالجين والأطباء النفسيين إلى دليل واف خاص بهذا العلاج . فالعلاج التدعيمى من أكثر العلاجات النفسية استخداماً مع من يمرون بالأزمات ومن يعانون من الاضطرابات النفسية أو العضوية المزمنة ، وإن كنا نعتقد أن دواعى استخدامه تتجاوز هذا العدد المحدود بكثير . وقد روعى أيضًا فى هذا الكتاب احتياجات المعالج النفسى المبتدئ الذى يشرع فى تطبيق معلوماته النظرية عن التشخيص على المرضى .

هذا الكتاب هو الثالث فى مجموعة الكتب التى تتناول العلاج النفسى وأنواعه وأساليبه ، كان الكتاب الأول هو «فن العلاج النفسى» ، والثانى هو «العلاج النفسى الجمعى» . ونحن نساهم بذلك مساهمة متواضعة فى ذلك التيار الطويل المشرف الذى قام به أساتذة علم النفس والطب النفسى فى تدعيم المكتبة العربية بأمهات الكتب المترجمة والمؤلفة فى مجال السيكوباثولوجى .

الغلاف : عماد حليم